

FICHE SANITAIRE

**ENFANT :**

**NOM :**

**PRENOM :**

**Date de naissance :** ... / ... / .....

**Lieu de naissance :**

**Sexe :**        **Garçon**        **Fille**

**N° de sécurité sociale :**

**Etablissement fréquenté :**

**Classe / niveau :**

**Adresse :**

.....  
 .....

**Adresse email :**

**Numéro de portable :**

PARENTS	PERE	MERE
NOM : PRENOM : Adresse :		
Situation de famille :		
Nombre d'enfants à charges :		
Numéro du :		
Domicile		
Portable	- - - - -	- - - - -
Travail	- - - - -	- - - - -
	- - - - -	- - - - -

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

.....  
 .....  
 .....

**Autorisation de soins :**

J'autorise les responsables du stage, à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident.

OUI         NON

**Vaccinations** : (vous pouvez nous remettre une photocopie du carnet de vaccination)

POLIO – DIPHTERIE – TETANOS – COQUELUCHE

Précise-s'il s'agit du	Vaccin pratiqué	Date
DT Polio		
DT Coq		
Tétracoque		
Prise Polio		
Rappel		
Hépatite B		

Antituberculeux (BCG)	Antivariolique	Autre vaccins
-----------------------	----------------	---------------

**Renseignements médicaux :**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole – Varicelle – Rhumatisme – Scarlatine – Coqueluche – Otite –  
Asthme – Rougeole – Oreillons

A-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) en milieu scolaire :    oui            non

Indiquez ci-dessous les autres difficultés de santé en précisant les dates :

.....  
.....  
.....

Si ALLERGIE : laquelle ? et conduite à tenir :

.....  
.....

L'enfant suit-il un traitement :     OUI     NON

Si oui lequel (joindre une photocopie de l'ordonnance de médecin)

.....  
.....

**Signatures des parents :**