



FICHE SANITAIRE 2018-2019

Accueil Périscolaire Restauration scolaire

NOM - PRÉNOM :

Date de naissance :

1/ Vaccinations : Joindre la photocopie du carnet de vaccination.

Date du **dernier** VACCIN DT COQ POLIO :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

2/ Renseignements Médicaux

L'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

*Si oui joindre une ordonnance récente. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance***

Nom du médecin traitant : ☎ :

Adresse :

L'enfant souffre-t-il d'allergies et où de problèmes particuliers (lunettes, diabolo, PAI, prothèses auditives, dentaires ?

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

<u>Rubéole</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Varicelle</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Scarlatine</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<u>Oreillons</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Rougeole</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Coqueluche</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame.....
Autorisons l'anesthésie de notre fils/fille
au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A.....Le.....
Signature des parents :