



# Fiche Sanitaire

## ANNEE 2021-2022

### ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Les vaccinations contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite **sont obligatoires**, pour l'accueil des enfants en collectivité, d'autres sont recommandées (Rougeole, Oreillons, Rubéole, Coqueluche, BCG, Hépatite B) :

**Joindre impérativement la copie des certificats de vaccination ou la page correspondante du carnet de santé de l'enfant.**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Maladies	Oui	Non	Maladies	Oui	Non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### ALLERGIES

Asthme\* Traitement à administrer\* : .....

Médicamenteuses \* : .....

Régime alimentaire particulier :

allergie alimentaire\* : Précisez : .....

Autre allergie \* : Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir .....

\*Pour toute allergie, ou maladie de l'enfant nécessitant une prise en charge particulière ou l'administration ponctuelle de médicaments, les parents doivent **IMPERATIVEMENT** se mettre en relation avec le service de santé scolaire pour les enfants de plus de 6 ans ou de la PMI (Protection Maternelle et Infantile) pour les enfants de 3 à 6 ans. C'est le médecin scolaire ou de PMI qui déterminera s'il y a lieu d'établir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI). Ce document est établi en concertation entre la famille, le personnel encadrant, l'école, l'élú délégué et le médecin de l'Education Nationale (Cf règlement de fonctionnement des services).

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...  
Précisez.

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

Nous soussignés (parents ou responsable légal), ..... de  
l'enfant : ..... déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et  
autorisons les responsables des services municipaux à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par  
l'état de l'enfant,

Date :

Signature des parents ou du responsable légal :

**Pièces à joindre :**

- Copie des justificatifs de vaccination (certificats ou copie des pages vaccination du carnet de santé)