

**MERCI D'ECRIRE EN LETTRES CAPITALES**

**ENFANT :**

Nom : ..... Prénom de l'enfant : .....

Sexe :  Fille                       Garçon                      Né(e) le : .....

**VACCINATIONS :**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS EFFECTUES	VACCINS RECOMMANDES	DATES
<b>DT Polio coqueluche</b> (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) (page 92 carnet santé) <i>Exemple de vaccins :</i> <i>Revaxis, Repevax,</i> <i>Pentavac, Tetravac,</i> <i>Infanrix.....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				BCG	
				Autres (préciser)	

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Votre enfant présente-t-il des allergies ? :

ASTHME :                       OUI     NON                      MEDICAMENTEUSES :                       OUI     NON  
 ALIMENTAIRES :             OUI     NON                      SI OUI, LESQUELS : .....

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

Indiquez si votre enfant rencontre des difficultés de santé particulières (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre :

.....

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

.....

*Je soussigné,.....représentant légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.*

Date et signature du ou des représentants légaux :

