

MERCI D'ECRIRE EN LETTRES CAPITALES

Cette fiche doit obligatoirement être mise à jour par la famille et doit s'accompagner des pages des vaccins à jour du carnet de santé (avec le nom et le prénom renseigné)

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
DT Polio coqueluche (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 :

Signature du ou des représentants légaux :