

Enfant

Nom :

Prénom :

Né(e) le :/...../..... à :

Sexe : F : M :

Renseignements Administratifs

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire :

Nom Médecin Traitant :

Ville : Téléphone :

1- Vaccinations (Remplir à partir du carnet de santé)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers Rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (à préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

2- Renseignements Médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant.)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire Aigu	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Covid-19
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

3- Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies ?

- Asthme : Oui Non

- Médicamenteuses : Oui Non

Si oui merci d'indiquer lesquelles :

- Alimentaires : Oui Non

Si oui merci d'indiquer lesquelles :

- Autres : Oui Non

Si oui merci d'indiquer lesquelles :

Préciser la cause et la Conduite à tenir en cas d'allergie :

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

Votre enfant a-t-il rencontré des difficultés de santé ? (Maladie, Accident, Opération, Hospitalisation, Crises) Merci d'indiquer les dates et les précautions à prendre :

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

Recommandations utiles des parents (lentilles, lunettes, prothèse auditives et dentaires...).

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

Engagement et Responsabilité

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le, responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal