

# ALSH Les Choucassins

## Fiche sanitaire

### 1 - ENFANT

Nom et prénom : ..... Date de naissance: .....

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|---------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B          |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-  |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche          |       |
|                      |     |     |                            | Autres (préciser)   |       |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** régulier durant l'année?

oui ☐ non ☐

Un PAI a-t-il été signé?

oui ☐ non ☐

- Si oui joindre, le PAI en cours, une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice d'utilisation). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
- Si non, prendre contact avec la directrice de l'école ou de l'accueil de loisirs.

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

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

ALLERGIES : ASTHME Oui ☐ Non ☐ MÉDICAMENTEUSES Oui ☐ Non ☐  
ALIMENTAIRES Oui ☐ Non ☐ AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** : .....

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES...PRÉCISEZ : .....

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

Date :

Signature :