FICHE SANITAIRE

ANNEE SCOLAIRE 2020-2021



***Veuillez compléter toutes les rubriques -*** *(une par enfant)*

**ENFANT**

Nom de l’enfant : ………………………………………………................................... Prénom : …………………………….……………………………

Né(e) le : ………… /………… /………… Sexe : M F Ecole : ………………………….……………………………………Classe : …………………………..

**NOM DU MEDECIN TRAITANT : ……………………………………………………….….N° de téléphone : ……………………..…………….**

**VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou certificat de vaccination de l’enfant)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins** | Date du dernier rappel | **Vaccins** | Date du dernier rappel |
| Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, coqueluche, haemophilus influenzae b | …..…/…..../……. | Rougeole / oreillons/ rubéole | ……../……../…….. |
| Pneumocoque | ……../……../…….. | Méningocoque C (Menjugate, Neisvac) | ……../……../…….. |
| Hépatite B | ……../……../…….. | Autres vaccinations | ......../……../…….. |

**Votre enfant n’est pas vacciné : Joindre un certificat médical en cas de contre-indication à la vaccination**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

⦁ L’enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher la case correspondante)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Maladies | OUI | NON | Date | Maladies | OUI | NON | Date |
| Rubéole |  |  | …….. /…….. /…..… | Otite |  |  | …..... /…..… /…..… |
| Coqueluche |  |  | …….. /…..… /…..… | Rougeole |  |  | …..... /…..… /..…… |
| Varicelle |  |  | …..... /…..… /…….. | Scarlatine |  |  | …..... /…..… /…..… |
| Oreillons |  |  | …..... /…..… /…..… | Rhumatisme |  |  | …….. /…..… /…..… |

⦁ L’enfant fait-il l’objet d’une allergie : OUI 🗌 NON 🗌

Si OUI : Quelle allergie ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

- Conduite à tenir : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

⦁ L’enfant bénéficie-t-il d’un protocole d’accueil individualisé (P.A.I.) ?  OUI 🗌 NON 🗌

Si OUI, fournir l’ordonnance du médecin, les médicaments correspondants (plaquettes de médicaments dans leur emballage d’origine, marquées au nom de l’enfant, avec la notice) et la procédure à suivre auprès du directeur d’école en relation avec la médecine scolaire.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

⦁ L’enfant bénéficie-t-il d’une reconnaissance MDPH OUI 🗌 NON 🗌

⦁Veuillez nous indiquer :

- Les difficultés de santé et les précautions à prendre.

- Les recommandations utiles (lunettes, lentilles de contact, prothèse auditive…)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

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

Date : Signature :