

FICHE SANITAIRE 2024- 2025

**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE et/ou AUTORISÉES À PRENDRE
L'ENFANT À LA SORTIE (autre que le père et la mère de l'enfant):**

NOM : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

NOM : _____ Prénom : _____ À appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

Compagnie d'assurance : _____ N° police d'assurance : _____

CETTE FICHE PERMET DE RECUILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ANNEE DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? **Oui** **Non** (entourer la mention effective)

Si oui joindre l'**ordonnance originale et l'autorisation des parents (Boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)**.

J'autorise les encadrants des temps périscolaires à donner le traitement à mon enfant : **Oui** **Non** (entourer la mention effective)

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui	Rhumatisme articulaire aigü	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	Otite	<input type="checkbox"/> Oui	Rougeole	Oreillons
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Non