



FICHE SANITAIRE

REGIME ALIMENTAIRE

REGIME SANS PORC

OUI

NON

REGIME SANS VIANDE

OUI

NON

VACCINATIONS

	OUI	NON	DATE
DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITIS ou DT POLIO ou TETRACOQ			
BCG			
HEPATITE B			
ROR			
COQUELUCHE			

MALADIES Votre enfant a-t-il déjà eu:

LA RUBEOLE	OUI	NON	LA COQUELUCHE	OUI	NON
LA VARICELLE	OUI	NON	UNE OTITE	OUI	NON
UNE ANGINE	OUI	NON	LA ROUGEOLE	OUI	NON
DES RHUMATISMES	OUI	NON	LES OREILLONS	OUI	NON
LA SCARLATINE	OUI	NON			

TRAITEMENTS MEDICAUX et PROBLEMES DE SANTE

Si l'enfant suit un traitement médical, il est impératif de fournir l'ordonnance, une autorisation de donner le médicament ainsi que les médicaments notés au nom et prénom de votre enfant.

ALLERGIES

ALLERGIES ALIMENTAIRES	OUI	NON	Lesquelles.....
ALLERGIES MEDICAMENTEUSES	OUI	NON	Lesquelles.....
AUTRES ALLERGIES	OUI	NON	Lesquelles.....
ASTHME	OUI	NON	Lesquelles.....

DIVERS

NON ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT

NUMERO SECURITE SOCIALE

MUTUELLE..... ASSURANCE.....

Je soussignéresponsable légal de l'enfant.....
déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à
prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales)
rendues nécessaire pour l'état de l'enfant.

DATE DU JOUR

SIGNATURE