

**FICHE SANITAIRE**

Valable du 01/01/2017 au 31/12/2017

Service Jeunesse

**L'ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance :        /        /        .....

Garçon\*                       Fille\*

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

<b>Vaccins obligatoires</b>	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
Monotest					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

L'enfant suit-il un traitement médical \*?     oui                       non

Si oui joindre une ordonnance récente de médicaments correspondants.

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

A titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

	oui	non		oui	non
Rubéole			Rougeole		
Coqueluche			Rhumatisme		
Varicelle			articulaire aigu		
Otite			oreillons		
Angine			scarlatine		

**Allergies :**    Asthme                       oui                       non

Alimentaire                       oui                       non

Médicamenteuses                       oui                       non

Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

