



VILLE DE SOLLIES-TOUCAS
DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION
FICHE SANITAIRE
ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

Enfant : <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/> garçon	Nom : Date de naissance :	Prénom :	Classe :
---	------------------------------	----------	----------

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ; photocopie du carnet de santé obligatoire)

Vaccins	oui	non	Dernier rappel
DTCP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche)			
HIB (Haemophilus Influenzae B)			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque C			
ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole)			
BCG			

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

Allergies : médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non

asthme oui non

PAI oui non

autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....

.....

.....

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... et, s'il y a des précautions particulières

IV – Médecin traitant de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Je, soussigné, responsable légal de l'enfant..... **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage à les réactualiser** si nécessaire. J'autorise le Responsable des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature du responsable légal
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)
Le.....

Observations :
