



VILLE DE SOLLIES TOUCAS

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

FICHE SANITAIRE

ANNEE SCOLAIRE :

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

Enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

fille garçon Date de naissance : _____

Ecole maternelle Ecole élémentaire

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ; joindre photocopie du carnet de santé, si vous ne pouvez pas répondre)

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

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
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non
alimentaires oui non

asthme 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 - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

Tél. domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné,..... Responsable légal de

l'enfant,**déclare exacts** les renseignements

portés sur cette fiche et **autorise** le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures

(*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de

l'enfant.

Signature :

Date :

Observations :