

# FICHE SANITAIRE Année 2020

## ENFANT

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / 20..... Age : .....ans.

Lieu de naissance : .....

### Vaccinations :

Fournir la photocopie des dates de vaccinations sur le carnet de santé de l'enfant.

### Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, nous fournir une ordonnance récente ainsi que les médicaments prescrits dans leurs boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant.

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

<b>RUBÉOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGUE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

### Besoin d'accueil spécifique :

Asthme : OUI ☐ NON ☐ Si oui, précisez : .....

Allergie alimentaire : OUI ☐ NON ☐ Si oui, précisez : .....

Allergie médicamenteuse : OUI ☐ NON ☐ Si oui, précisez : .....

Handicap Physique ou mental : OUI ☐ NON ☐ Si oui, précisez : .....

Autre : OUI ☐ NON ☐ Si oui, précisez : .....

Reconnaissance du handicap de l'enfant par la M.D.P.H. OUI ☐ NON ☐

Tout besoin spécifique d'accueil nécessite obligatoirement la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé** avec la structure.

Merci de prendre contact avec la direction.

Indiquez ci-dessous les éventuelles difficultés de santé (accident, crises convulsives, opérations...) :

.....  
.....

### Régime alimentaire de l'enfant :

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI ☐ NON ☐ Si oui, précisez : .....

### Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses dentaires...) :

.....

### Médecin traitant :

Docteur.....

Téléphone : .....

Date & signature(s)