

# 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 ?

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