

# FICHE SANITAIRE

## Année 2018

L'enfant :

Né(e) le \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

### Vaccinations

Fournir la photocopie des dates de vaccinations sur le carnet 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 :

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| RUBEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>    | VARICELLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | RUMATHISME<br>ARTICULAIRE AIGU<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>     | ROUGEOLE<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS<br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>                      | <br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>           |

### Allergies

Asthme : OUI  NON

Médicamenteuse

OUI  NON

Alimentaire OUI  NON

Autres : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (signaler si automédication) :

Indiquez ici 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 lequel : \_\_\_\_\_

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

Nom et tel du médecin traitant : \_\_\_\_\_