



**FICHE SANITAIRE**  
*(à joindre au contrat d'accueil)*

**Année scolaire  
2022/2023**

**Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant le temps d'accueil de l'enfant dans la structure. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous donne accès aux informations médicales nécessaires en cas de besoin.**

**NOM - prénom de l'enfant :** ..... **Né (e) le :** .....

▪ **Vaccinations obligatoires**

*(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).*

L'enfant est vacciné contre les maladies suivantes :

<b>Pour tous les enfants</b>
<input type="checkbox"/> Diphtérie
<input type="checkbox"/> Tétanos
<input type="checkbox"/> Poliomyélite

<b>Uniquement les enfants nés à partir de 2018 :</b>	
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Haemophilus influenza b
<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Méningocoque C
<input type="checkbox"/> Hépatite B	<input type="checkbox"/> Pneumocoque

▪ **Maladies infantiles**

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

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

▪ **Antécédents médicaux**

	<b>Dates</b>	<b>Précautions à prendre</b>
Maladies	.....	.....
Accidents	.....	.....
Crises convulsives	.....	.....
Hospitalisations Interventions chirurgicales	.....	.....

▪ **Allergies et maladies chroniques**

Un certificat médical en cas d'allergie ou d'intolérance accompagné du Protocole d'Accueil Individualisé (à demander au responsable de structure) devront être remis :

	<b>Préciser</b>	<b>Précautions à prendre</b>
Allergies alimentaires	.....	.....
Allergies médicamenteuses	.....	.....
Asthme	.....	.....
Autre	.....	.....

▪ **Traitement médical régulier**

*Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance du médecin.*

Les médicaments fournis devront être marqués au nom de l'enfant, dans leur emballage d'origine avec la notice et l'ordonnance du médecin.

En cas de traitement particulier, un **protocole d'accueil individualisé** sera mis en place avec les parents, équipe et médecin.

<b>Traitement médical</b>	<b>Informations sur le traitement (posologie...)</b>
L'enfant suit-il un traitement régulier?  <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....

**NOM - prénom du responsable de l'enfant :** .....

Tel. fixe : ..... Tel. Port. : ..... Tel. Prof : .....

NOM du médecin traitant de l'enfant : ..... Tel. : .....

*Je soussigné (e).....responsable légal de l'enfant :*

- *Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire.*
- *M'engage à actualiser toute information pouvant évoluer.*
- *Autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...).*

A ..... le ...../...../.....

Signature du responsable légal,