



FICHE SANITAIRE ANNEE SCOLAIRE.....
MAISON DE L'ENFANCE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____

Tel domicile : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgences

Nom/prénom	Qualité	Numéro de téléphone

Médecin traitant : _____ Tel : _____
 Adresse _____

VACCINATIONS	Date de vaccination ou dernier rappel (fournir copies du carnet de vaccinations)	Contre-indication (attestation du médecin)
Diphtérie Tétanos Poliomyélite		

- Traitement en cours: oui/non Si oui, lequel

- Allergies : oui/non Si oui, lesquelles

- Régimes éventuels

- Antécédents médicaux ou chirurgicaux

- Observation(s) particulière(s)

- Régimes alimentaires :

PAI Sans porc Sans viande

Je soussigné(e), M., Mme
 responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette
 fiche et autorise l'organisateur à prendre, le cas échéant, toutes les mesures
 (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date

Signature