

# FICHE INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE. DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

## L'ENFANT (Ecrire en majuscule)

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... ans Sexe :  M  F  F

Ecole : ..... Classe : .....

## VACCINATIONS

**J'atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccination et joins la copie du carnet de vaccination et/ou un certificat médical**

Pour les mineurs accueillis, seuls sont obligatoires (sauf contre-indication médicale reconnue), les vaccins suivants : Antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélique. Le BCG n'est quant à lui plus obligatoire depuis 2017.

Important : La loi a rendu obligatoire 11 vaccins pour les enfants nés après le 01/01/2018 :

Coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, bactérie Haemophilus influenzae, pneumocoque, méningocoque.

La loi n'étant pas rétroactive, elle ne concerne les enfants nés avant cette date.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical :  OUI  NON Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ? :  OUI  NON

**Si oui :** joindre une ordonnance récente et les médicaments

(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice)

**Si oui :** joindre une copie de l'attestation AESH

**ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance**

MALADIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Scarlatine			Rubéole			Rhumatismes		
Varicelle			Oreillons			Angine		
Coqueluche			Rougeole			Otite		
ALLERGIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Asthme .....			Médicaments ..... .....			Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour sa scolarité (si oui : fournir une copie)		
Alimentaires ..... .....			Autres .....					

Spécifier les **antécédents médicaux** ou **chirurgicaux** ou **tout autre élément d'ordre médical** considérés par les parents comme **susceptibles d'avoir des répercussions** sur le déroulement du séjour :

.....  
.....  
.....

Les **difficultés de sante de votre enfant** (accident, crises convulsives, rééducation,) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

.....

**RECOMMANDATIONS UTILES** (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, ...) :

.....