

FICHE SANITAIRE 2024

Etat civil de l'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Age : Sexe : ☐ F ☐ H

N° de sécurité sociale :

Responsables légaux de l'enfant :

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :	☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code postal :	Code postale :
Ville :	Ville :
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone personnel :	Téléphone personnel :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
Mail :	Mail :

Régimes alimentaires de l'enfant lors de l'ACM :

☐ Normal ☐ Sans porc ☐ Sans viande ☐ Végétarien (sans viande et sans poisson)

Médecin :

Nom du médecin traitant :

Adresse du médecin traitant :

Numéro de téléphone du médecin traitant :

Allergies :

Allergies	Oui	Non	Si oui, à quoi ?	Traitement ?
Alimentaires ?				
Médicamenteux ?				
Autre allergie ?				

Médicaments :

Type de traitement :	Fréquence et prise du traitement
Traitement :	
Traitement :	
Traitement :	
Traitement :	

Dans ce cas joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.** Les boîtes de médicaments doivent être données dans leur emballage d'origine, avec la notice, et le nom et prénom de l'enfant écrit dessus.

Autres difficultés de santé, si oui préciser (asthme, ...) : ☐ Oui ☐ Non

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

Appareillage :

	Oui	Non
Appareillage auditif		
Appareillage dentaire		
Lentilles de contact		
Lunettes		
Semelles orthopédiques		

Autres :

Vaccinations

VACCINS OBLIGATOIRES Pour les enfants nés <u>avant</u> le 1 ^{er} janvier 2018	Date des vaccins
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	

Toutefois, les autres vaccins obligatoires pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018, sont indispensables pour protéger les enfants des maladies infectieuses évitables par la vaccination.

☐ J'atteste que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires **(joindre les photocopies des vaccinations)**.

☐ J'autorise la direction à faire hospitaliser mon enfant y compris à le transporter dans un véhicule de secours, en cas d'urgence et à faire pratiquer toutes interventions chirurgicales et/ou à lui administrer les traitements médicamenteux nécessaires.

☐ J'autorise l'infirmière, en cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité, les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin traitant **(joindre les ordonnances)**.

☐ J'autorise l'infirmière, en cas de maladie de mon enfant ou de traitement quotidien, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance **(joindre les ordonnances)**.

☐ Je certifie l'exactitude des renseignements sanitaires de mon enfant.

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signatures :

Représentant 1

Représentant 2