

FICHE SANITAIRE Année 2020

L'enfant :

Né(e) le _____ à _____

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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RUMATISME ARTICULAIRE AIGUE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Besoins d'accueil spécifique:

Asthme : OUI NON

Précisez:.....

Allergie alimentaire: OUI NON

Précisez:.....

Allergie Médicamenteuse : OUI NON

Précisez:.....

Handicap physique ou mental : OUI NON

Précisez:.....

Autre : OUI NON

Précisez:.....

Reconnaissance du handicap de l'enfant par la MDPH : OUI NON

Tout besoin spécifique d'accueil nécessite obligatoirement la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé avec la structure. Merci de prendre contact avec la direction.

Indiquez ci-dessous 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 :

Date et Signature :