

# FICHE SANITAIRE

**Nom et prénoms de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Date et lieu de naissance :** \_\_\_\_\_

**Numéro de S.S. dont dépend l'enfant :** \_\_\_\_\_

## Représentants légaux

PERE	MERE
<b>Nom et prénom :</b> .....	<b>Nom et prénom :</b> .....
<b>Adresse :</b> .....	<b>Adresse :</b> .....
.....	.....
.....	.....
<b>Tél Domicile :</b> .....	<b>Tél Domicile :</b> .....
<b>Tél Professionnel :</b> .....	<b>Tél Professionnel :</b> .....
<b>Tél Portable :</b> .....	<b>Tél Portable :</b> .....
<b>E-mail :</b> .....	<b>E-mail :</b> .....

## Personnes à contacter en cas d'urgence :

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_ **Lien de parenté :** \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_ **Lien de parenté :** \_\_\_\_\_

## Vaccinations/Dates

(A renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies de pages correspondantes)

**D.T.Polio :** \_\_\_\_\_ **Rappels :** \_\_\_\_\_

**B.C.G. :** \_\_\_\_\_ **Tests B.C.G. :** \_\_\_\_\_

**Autres vaccins :** \_\_\_\_\_

## Médecin Traitant

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Tél. :** \_\_\_\_\_

## Renseignements médicaux concernant l'enfant

**Maladies chroniques :** asthme, convulsions, diabète, autres (précisez)

**Réactions allergiques :** médicaments, aliments, autres (précisez)

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Si oui lequel ?

**Autre difficultés de santé :** maladie, accident, hospitalisation, opérations (précisez)