



Fiche Sanitaire

2018/2019

Renseignements concernant l'enfant :

Nom : Prénom :

Sexe : M F

VACCINATIONS ET DATES : *joindre une photocopie du carnet de santé*

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polymélie				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres à préciser...	
Ou Tétracoq					
BCG					

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme articulaire aigu : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Asthme : OUI NON

Allergies médicamenteuses : OUI NON

Allergies Alimentaires : OUI NON

Autres... OUI NON

Si oui lesquelles?