

FICHE SANITAIRE ENFANT 2020 / 2021

Nom de l'enfant.....Prénom

Date de naissance :Sexe : Féminin Masculin

VACCINATIONS

Antipoliomyélique / antidiphthérique / antitétanique / anticoquelucheuse / antihoemophilus		L'enfant est sujet aux
Date de la 1 ^{ère} injection :	Date de la 3 ^e injection :	
Date de la 2 ^e injection :	Date du rappel :	
R.O.R		
Date de la 1 ^{ère} injection :	Date de la 2 ^e injection :	
Vaccination anti hépatique		
Date de la 1 ^{ère} injection :	Date du rappel :	
Vaccination anti pneumocoque		
Date de la 1 ^{ère} injection :	Date de la 3 ^e injection :	
Date de la 2 ^e injection :		

RENSEIGNEMENTS DIVERS

angines aux otites à l'asthme

L'enfant suit un régime particulier avec viande sans viande

L'enfant présente une allergie alimentaire : fournir un certificat médical

autre : précisez :

non

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

.....

.....

.....

.....

Coordonnées du médecin traitant


Nom.....

Prénom.....

Adresse

.....

.....



J'autorise les responsables de l'Accueil de Loisirs à donner à l'enfant du paracétamol en cas de plus de 38° de température

Nom :

Prénom :

Date :

Signature



FICHE SANITAIRE ENFANT 2020 / 2021

Nom de l'enfant.....Prénom

Date de naissance :Sexe : Féminin Masculin

VACCINATIONS

Antipoliomyélique / antidiphthérique / antitétanique / anticoquelucheuse / antihoemophilus		L'enfant est sujet aux
Date de la 1 ^{ère} injection :	Date de la 3 ^e injection :	
Date de la 2 ^e injection :	Date du rappel :	
R.O.R		
Date de la 1 ^{ère} injection :	Date de la 2 ^e injection :	
Vaccination anti hépatique		
Date de la 1 ^{ère} injection :	Date du rappel :	
Vaccination anti pneumocoque		
Date de la 1 ^{ère} injection :	Date de la 3 ^e injection :	
Date de la 2 ^e injection :		

RENSEIGNEMENTS DIVERS

angines aux otites à l'asthme

L'enfant suit un régime particulier avec viande sans viande

L'enfant présente une allergie alimentaire : fournir un certificat médical

autre : précisez :

non

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

.....

.....

.....

.....

Coordonnées du médecin traitant


Nom.....

Prénom.....

Adresse

.....

.....



J'autorise les responsables de l'Accueil de Loisirs à donner à l'enfant du paracétamol en cas de plus de 38° de température

Nom :

Prénom :

Date :

Signature

