



# Service Périodique FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

Validité de septembre 2024 à juillet 2025

La Sauve

## ENFANT

Nom – Prénom :  date de naissance :  sexe F  G

N° Sécurité sociale de la personne qui couvre l'enfant :

Nom et Prénom :

## RESPONSABLES LEGAUX

lieu de naissance :

Noms – Prénoms et adresse:

<input type="text"/>	tél. fixe <input type="text"/>	port. <input type="text"/>
<input type="text"/>		
<input type="text"/>	tél. fixe <input type="text"/>	port. <input type="text"/>
<input type="text"/>		

**Autres personnes que les parents à prévenir en cas d'urgence :**

	Nom , Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. fixe	Tél. port .
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## VACCINATIONS

Vaccins obligatoires : DTPolio à  date du dernier rappel :   
jour  Coqueluche : date

Vaccins recommandés : ROR :  
date :

**Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.**

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

angine  oreillons  scarlatine  varicelle  coqueluche  rougeole  rubéole  otite   
rhumatisme articulaire  asthme

**Recommandations utiles des parents** (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives ...)

Autres difficultés de santé et précautions :

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Médicaments :**

Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant sauf sur présentation de l'ordonnance d'un médecin. Dans ce cas les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin, le nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.

**SANTE DE L'ENFANT**

Mon enfant est allergique à ( préciser) :

Un projet d'accueil individualisé (PAI) est-il mis en place pour votre enfant ? Oui

Non

Mon enfant a un régime alimentaire particulier (préciser) :

Nom du médecin traitant :

N° de tel :

Je

soussigné(e) , responsable de l'enfant déclare exacts les enseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date :

Signature :