



# FICHE SANITAIRE

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Établissement Scolaire : \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS

Si vous avez des difficultés à remplir ce formulaire, il est possible de nous faire parvenir une copie du livret de santé de l'enfant.

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Hépatite B			
Coqueluche			
Papillonnavirus			

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- L'enfant suit-il un traitement médical actuellement ? oui - non

- Allergies : Alimentaires ----- oui - non

Médicamenteuses ----- oui - non

Asthme ----- oui - non

> Préciser la cause de l'allergie et la procédure à suivre :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

> Pouvez-vous indiquer les éventuelles difficultés de santé rencontrées par votre enfant et les précautions à prendre :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RESPONSABLE DE L'ENFANT :

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

Tél. : \_\_\_\_\_

Nom et tél. du Médecin Traitant : \_\_\_\_\_

## PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés et autorise l'Association PARI à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant en suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_