

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINATIONS

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | Date 1ère injection | Date dernier rappel |
|--------------------------|-----------|-----|---------------------|---------------------|
| | Diphtérie | | | |
| Tétanos | | | | |
| Poliomyélite | | | | |
| ou DT Polio | | | | |
| ou Tétracoq | | | | |
| VACCINS RECOMMANDES | OUI | NON | Date 1ère injection | Date dernier rappel |
| Hépatite B | | | | |
| Rubéole-Oreillons-Rougeo | | | | |
| Coqueluche | | | | |
| BCG | | | | |
| Autres (précisez) | | | | |

JOINDRE IMPERATIVEMENT LA COPIE DU CARNET DE SANTE CONCERNANT LES VACCINS, si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre indication

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

Si oui, joindre une ordonnance récente (original) et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE

MALADIE ET ALLERGIES

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

| | | | | | |
|------------|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------|
| RUBEOLE | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | OTITE | <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 |
| COQUELUCHE | <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 | RHUMATISME | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| SCARLATINE | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | AUTRES | _____ | |

Votre enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

| | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|-------|
| ASTHME | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| ALIMENTAIRES | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| MEDICAMENTEUSES | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | _____ |

(Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler)

Un PAI, protocole d'accueil individualisé a-t-il été signé avec l'établissement scolaire: OUI NON

Si OUI, fournir au dossier une copie du PAI

Indiquer ci-dessous les difficultés de santé, antécédents médicaux (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates, les précautions à prendre et la conduite à tenir:

Votre enfant porte-t-il ?

| | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| LUNETTES OU LENTILLES | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | PROTHESES DENTAIRES | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| PROTHESES AUDITIVES | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | AUTRES | _____ | |

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON

Si OUI, préciser : _____