

# FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE (une fiche par enfant)

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F

<b>Médecin traitant ou pédiatre</b>	Dr :		
	Adresse :		
	Téléphone :		
<b>Vaccins obligatoires</b> <i>Fournir les photocopies du carnet de santé relatives aux vaccinations</i>	Diptérie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Tétanos	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Polomyélite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	OU DT Polio	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	OU Tétracoq	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>Vaccins recommandés</b> <i>Fournir les photocopies du carnet de santé relatives aux vaccinations</i>	Hépatite B	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Rubéole-Oreillons - Rougeole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Autres (à préciser)		
<b>Maladies contractées</b>	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Angine
	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Otite
	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Rhumatismes articulaire
<b>Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<p>Les parents d'un enfant présentant des problèmes médicaux dont des allergies (asthme, etc...) ou des intolérances alimentaires sont invités à établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI), qui reste obligatoire pour être admis au restaurant scolaire. Pour la mise en place d'un PAI, les parents doivent se rapprocher de la Directrice de l'école qui leur indiquera la procédure à suivre.</p>			
<b>Allergies</b> PAI obligatoire (voir ci-dessus)	<input type="checkbox"/> Asthme :		<input type="checkbox"/> Médicamenteuses :
	<input type="checkbox"/> Alimentaires :		<input type="checkbox"/> Autres :
<p>Précisez la nature de l'allergie et la conduite à tenir :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<b>Régime alimentaire</b>	<input type="checkbox"/> sans porc		
<b>Votre enfant porte-t-il :</b>	<input type="checkbox"/> des lunettes	<input type="checkbox"/> des lentilles	<input type="checkbox"/> des prothèses auditives
	<input type="checkbox"/> des prothèses dentaires	<input type="checkbox"/> Autres :	
<b>Problème de santé à signaler (maladie, convulsions, hospitalisation, rééducation...)</b>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

**EN CAS D'URGENCE**

<b>Personne(s) à contacter (autres que les parents)</b>	NOM et Prénom : _____
	Téléphone : _____
	Lien avec l'enfant : _____
	NOM et Prénom : _____
	Téléphone : _____
	Lien avec l'enfant : _____
	NOM et Prénom : _____
	Téléphone : _____
	Lien avec l'enfant : _____

**Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention médicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_ / 201\_\_

Signature du représentant légal :