

FICHE SANITAIRE

Nom de l'enfant :

Prénom :

VACCINATIONS (à compléter **ou JOINDRE** une copie du carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

vaccins obligatoires	oui	non	dates des derniers rappels	vaccins recommandés	oui	non	dates
tétanos				coqueluche			
poliomyélite				BCG			
ou DT polio				diphtérie			
ou tétracoq				hépatite B			
ROR (*)				autres (préciser)			

(*) Rubéole- Oreillons - Rougeole

*Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication*

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

	oui	non		oui	non		oui	non		oui	non
rubéole			varicelle			coqueluche			otites		
angine			scarlatine			rougeole			oreillons		
									rhumatisme articulaire		
									aigü		

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI NON

pathologie	traitement et/ou nom des médicaments

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Remettre à la personne de l'accueil, une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Si mise en place obligatoire d'un PAI : Fournir impérativement le PAI

Pour les allergies alimentaires ou autres, l'asthme ou toute situation sanitaire particulière, l'inscription à l'ALSH n'est envisageable qu'après la signature d'un **Projet d'Accueil Individualisé(PAI)**.

(Merci de prendre rendez-vous avec le Directeur de l'ALSH)

pathologie	traitement et/ou nom des médicaments

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

difficultés de santé	dates	précautions à prendre

Recommandations utiles (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives et/ou dentaires....)