

FICHE D'URGENCE de l'ENFANT

VACCINATIONS

| VACCINS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS OBLIGATOIRES | DATES DES DERNIERS RAPPELS |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Diptérie | | Hépatite B | |
| Tétanos | | Coqueluche | |
| Poliomyélite | | Rubéole Oreillons Rougeole | |
| Tetracoq | | BCG | |
| DT Polio | | Autres (préciser) | |

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

.....

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée oui non

Si nous n'arrivons pas à joindre les parents, merci de nous préciser les personnes autoriser à venir chercher l'enfant :

Nom..... Prénom..... Téléphone.....

Nom..... Prénom..... Téléphone.....

Nom et numéro de téléphone médecin traitant.....

Je soussigné (e)....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'école ou de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

SIGNATURES (obligatoires):

Responsable 1

Responsable 2

Documents à fournir (originaux + 1 photocopie) : Certificat de radiation (sauf première inscription école publique) – Justificatif de domicile (de moins de trois mois) – Vaccinations (carnet de santé) - Livret de famille- Si divorcé ou séparé : Jugement de divorce ou séparation- En cas d'hébergement attestation sur l'honneur de l'hébergeur accompagné de sa carte d'identité et d'un justificatif de domicile de moins de trois mois.