



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			
Papillonavirus			

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 _____