**FICHE SANITAIRE**

**2018-2019**

**Nom**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date de naissance**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexe**: Masculin Féminin

**Classe :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

**Vaccinations :** fournir impérativement une copie du carnet de vaccinations

Date du dernier rappel DT Polio : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Rubéole : oui non Varicelle : oui non Scarlatine : oui non

Coqueluche : oui non Rougeole : oui non Oreillons : oui non

**L'enfant a-t-il des allergies ?**

Si oui, lesquelles ?

**L’enfant a-t-il des difficultés de santé particulière (maladie, accident, opération…) ?**

**Recommandations utiles des parents :** (port de lunettes, prothèses, comportement de l'enfant, régime alimentaire...)

**Nom et tél. du médecin traitant**:

**En cas d’urgence, l’établissement s’efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.**

N° de tél. domicile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de tél. travail du père : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° de tél. travail de la mère : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et N° de tél. des personnes susceptibles de pouvoir vous prévenir rapidement :

* Nom, prénom …………………………………………………………………. Tél. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nom, prénom …………………………………………………………………. Tél. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nom, prénom …………………………………………………………………. Tél. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorisation parentale d'hospitalisation**

Je soussigné(e), …..................................................., responsable légal de l'enfant : …..................................................déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et autorise le responsable de l’accueil de mon enfant à prendre toutes les mesures nécessaires par l'état de mon enfant .

En cas d'urgence, l'enfant sera transporté vers l'hôpital le plus proche ou dans l'hôpital de votre choix si les conditions le permettent : ….........................................................................

**Date et signature du représentant légal :**