

**FICHE SANITAIRE**

NOM de l'enfant..... PRENOM  
N° de SECURITE SOCIALE auquel l'enfant est rattaché :.....

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS**

L'enfant suit il un traitement médical ? OUI NON  
Existe-t-il un projet d'accueil individualisé (PAI) ? OUI NON  
Si OUI, joindre le PAI et/ou l'ordonnance correspondante, médicament(s) et notice(s) d'utilisation dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant.

**ALLERGIES**

Asthme  OUI  NON  
Médicamenteuses  OUI  NON  
Alimentaires  OUI  NON  
Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (signaler si automédication) :

.....  
.....

**VACCINATIONS : (joindre photocopies des pages de vaccinations)**

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus Influenza b	
Poliomyélite				Hépatite B	
				Méningocoque C	
				Pneumocoque	
				Rougeole	
				Oreillons	
				Rubéole	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication.  
Attention : le vaccin antit-ténanique ne présente aucune contre-indication.

**VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

Rubéole  OUI  NON      Varicelle  OUI  NON  
Coqueluche  OUI  NON      Angine  OUI  NON  
Rougeole  OUI  NON      Oreillons  OUI  NON  
Scarlatine  OUI  NON      Otite  OUI  NON

**INDIQUER CI-APRES :**

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 : .....

**MEDECIN TRAITANT (facultatif)**

NOM : ..... TEL : .....

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné (e)....., responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de la Maison Saint Ho à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date.....

Lu et approuvé  
Signature d'un ou des parents