**Vaccination :**

**FICHE SANITAIRE**

**(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l’enfant)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **oui** | **non** | **DATES DES DERNIERS RAPPELS** | **VACCINS RECOMMANDES** | **DATES** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| Ou DT Polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| Ou Tétra coq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

**Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre –indication.**

**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.**

**(*Boites 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 ?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maladies** | **Oui** | **Non** | **Maladies** | **Oui** | **Non** |
| Rubéole |  |  | Scarlatine |  |  |
| Varicelle |  |  | Coqueluche |  |  |
| Angine |  |  | Otite |  |  |
| Rhumatisme articulaire aigu |  |  | Oreillons |  |  |
| Rougeole |  |  |  |  |  |

**Allergies : asthme / médicamenteuses /alimentaires / autres :…………………………**

**(*Entourer quand c’est le cas)***

**Préciser la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Indiquer les difficultés de santé :Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc.…. Précisez.**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**