



5 rue du Dôme - 67530 BOERSCH
Tél/Fax : 03 88 95 85 50
mjc.bureau@boersch.net



FICHE SANITAIRE

L'enfant : Garçon Fille

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Vaccination :

Vaccins obligatoires	Dates des Derniers rappels	Vaccins recommandés	dates
diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		R-O-R	
poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT Polio		Autre (à préciser)	
Ou tétracoq			
B.C.G			

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Maladies :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui le quel ?

.....
.....

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

Rubéole	oui	non	Coqueluche	oui	non
varicelle	oui	non	Otite	oui	non
angine	oui	non	rougeole	oui	non
Rhumatisme articulaire aiguë	oui	non	oreillons	oui	non
scarlatine	oui	non			

Allergies :

Asthme	oui	non	Médicamenteuse	oui	non
Alimentaire	oui	non	Autres...	oui	non

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

.....
.....
.....

Indiquez *les difficultés de santé* (maladie, accidents, crises de convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et *les précautions à prendre*.

.....
.....
.....

Autres précision concernant la santé de votre enfant :

.....
.....
.....

Personne responsable de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Numéros de téléphone : fixe : portable :
bureau :

Médecin traitant :

Nom :

Ville :

Numéro de téléphone :

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Je m'engage à prendre en charge les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes dont l'avance aurait été faite à mon fils / ma fille

Date :

Signature :