

# FICHE SANITAIRE

## 1/ L'ENFANT :

NOM :

DATE DE NAISSANCE :

PRENOM :

## 2/ LES VACCINATIONS :

L'enfant a-t-il les vaccins suivants ?

| <u>VACCINS OBLIGATOIRES</u>       | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS |
|-----------------------------------|-----|-----|---------------------------|
| DTP ou PENTAVAX ou INFANRIXQUINTA |     |     |                           |
| <u>VACCINS CONSEILLES</u>         | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS |
| HEPATITE B                        |     |     |                           |
| ROR                               |     |     |                           |
| BCG                               |     |     |                           |
| AUTRES                            |     |     |                           |

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

## 3/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI  NON

Si OUI, merci de préciser lequel : .....

En cas de traitement médical, vous devez **joindre obligatoirement une ordonnance de moins de 2 mois** ainsi que les **médicaments correspondants**. Les médicaments doivent être dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice d'utilisation.

**AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE SANS ORDONNANCE ET SANS DELEGATION DE RESPONSABILITE**

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

- RUBEOLE OUI  NON
- VARICELLE OUI  NON
- SCARLATINE OUI  NON
- COQUELUCHE OUI  NON
- ROUGEOLE OUI  NON
- OREILLONS OUI  NON

L'enfant a-t-il des allergies : OUI  NON

\* Si OUI, préciser LE TYPE, LA CAUSE AINSI QUE LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE (ORDONNANCE DU MEDECIN TRAITANT OBLIGATOIRE) :

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

Autres maladies ou problèmes de santé à signaler en précisant les **précautions à prendre** :

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

**4/ DELEGATION ET AUTORISATIONS :**

Je soussigné (Nom et Prénom) .....  
 Père  Mère  Tuteur légal de l'enfant .....

**DELEGUE** le personnel de la structure « POM'CANNELLE » à administrer des médicaments à mon enfant en cas de traitement médical. Je joindrai obligatoirement les ordonnances correspondantes. Conscient(e) de confier cette délégation à un personnel non sanitaire, je le dégage de toute responsabilité relative à l'administration du ou des médicament(s).

**AUTORISE** le personnel de la structure « POM'CANNELLE » à administrer une dose poids de paracétamol (type doliprane) à mon enfant en cas de fièvre supérieure ou égale à 38,5°.

**AUTORISE** le personnel de la structure « POM'CANNELLE » à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence à savoir : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale avec anesthésie générale.

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

1/ PERE : .....

Tél domicile : ..... Portable : .....

Tél travail : ..... .....

2/ MERE : .....

Tél domicile : ..... Portable : .....

Tél travail : ..... .....

3/ AUTRE : .....

Tél domicile : ..... Portable : .....

**NOM ET NUMERO DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :**

.....

**Signature du/des parents :**  
**(précédée(s) de la mention « lu et approuvé »)**

**Signature de la directrice de la structure :**

