

## Fiche Sanitaire

Vaccins obligatoires	Diphtérie	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Date dernier rappel
	Tétanos	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Date dernier rappel
	Poliomyélite	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Date dernier rappel
	Ou DT Polio	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Date dernier rappel
	Ou Pentavac ou Tetravac	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Date dernier rappel

Vaccins recommandés	Hépatite B	Date :
	Rougeole - Oreillons - Rubéole	Date :
	Coqueluche	Date :
	BCC	Date :
	Autres (préciser)	Date :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (entourez la mention exacte)

Rubéole	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Rhumatisme articulaire aiguë	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Varicelle	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Otite	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Angine	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Rougeole	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Scarlatine	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Oreillons	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Asthme	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	Autres	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N

### Allergies

Alimentaires  O  N      Médicamenteuses  O  N      Autres  O  N

### Autes

Indiquez 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 lunettes, des lentilles, des prothèses dentaires, des prothèses auditives, etc....  
Merci de le préciser.

**Signature des parents ou du représentant légal**