

# FICHE MEDICALE

## 1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Garçon Fille **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins Obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	oui	non	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** (PAI ou autre)?oui non 

**Si oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice et à rapporter au secrétariat du collège en début d'année**)

*Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

ALLERGIES	oui	non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

INDIQUEZ CI-APRES: LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Je soussigné

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le directeur du collège à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires par l'état de l'enfant.

Date:

Signature: