

i La fiche sanitaire est à **remplir recto-verso pour chaque enfant inscrit** et est à **renouveler tous les ans**.

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Sexe : F M Poids (approx.) : _____

Renseignements médicaux

- Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON
Si OUI joindre une ordonnance récente et les médicaments (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.
- Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération...)?
Conduite à tenir : _____
- Régime alimentaire sans porc ? OUI NON
- Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives ? Précisez : _____

Vaccination

Vaccin obligatoire	Date du dernier rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DT Polio)	_____
Vaccins recommandés	Date du dernier rappel
Hépatite B	_____
Rubéole-Oreillons-Rougeole	_____
Coqueluche	_____
BCG	_____
Autres (préciser)	_____

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Oreillons	

Allergie :

<input type="checkbox"/> Asthme Conduite à tenir : _____	<input type="checkbox"/> Alimentaire Conduite à tenir : _____	<input type="checkbox"/> Médicamenteuses Conduite à tenir : _____	<input type="checkbox"/> Autres (animaux, plantes...) Conduite à tenir : _____
---	--	--	---

A compléter uniquement pour les enfants porteurs de handicap

Afin d'accompagner au mieux votre enfant (moyens humain et matériel) et de répondre aux demandes d'éléments de notre partenaire CAF, merci d'indiquer le type de handicap :

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ou une demande en cours OUI NON

Si OUI, est-il accompagné par une AESh ? OUI NON

Pour une coordination des actions et dans l'intérêt de votre enfant, autorisez-vous l'équipe du Patronage Laïque Municipal Sanquer à prendre contact avec les professionnels qui le suivent ? OUI NON

Si OUI, merci d'indiquer les coordonnées des structures et/ou des spécialistes qui le suivent :

Spécialiste(s) et/ou structure(s)	Fonction	Téléphone