



FICHE SANTE CONFIDENTIELLE

Nom Prénom :

MEDECIN/PEDIATRE de l'enfant
Dr : TEL :

VACCINATION

VACCIN OBLIGATOIRE		DATE	VACCINS Recommandés	DATE
DTP	Diphthérie		Hépatite B	
	Tétanos		Rubéole Oreillon Rougeole	
	Poliomyélite		BCG	
Tétracoq				
Pentacoq				

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L' ENFANT

Non	Rubéole	oui	Non	Rhumatisme	Oui
Non	Varicelle	Oui	Non	Scarlatine	Oui
Non	Angine	oui	Non	Coqueluche	Oui
Non	Otites	Oui	Non	Asthmes	Oui
Non	Rougeole	oui	Non	Oreillons	Oui

TRAITEMENT MEDICAL

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

Si Oui, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants avec NOM et Prénom de l'enfant sur la boîte

L'enfant mouille t-il son lit ? Oui Non

L'enfant présente-il une allergie ? Oui Non

Non	Allergie alimentaire	Si Oui <i>Laquelle ?</i>
Non	Allergie médicamenteuse	Si Oui <i>Laquelle ?</i>
Non	PAI	Si Oui <i>Laquelle ?</i>

DIFFICULTE DE SANTE

Indiquez ci-après : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, handicap) en précisant les dates, et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

.....