



**SERVICES PERISCOLAIRES**  
**FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE**

<b>NOM :</b>		<b>Prénom :</b>		né(e) le :	
Vaccins obligatoires	oui	non	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autre (préciser)	

L'enfant suit-il un traitement médical ,  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine au nom de l'enfant avec la notice).

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

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Asthme</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otitis</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Autre</b>

**Allergies alimentaires** oui non    **Médicamenteuses** oui non

Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....

*Je soussigné, ..... autorise le (la) directeur (trice) de l'accueil périscolaire à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin.*

à La Possonnière le ..... Signature :



**SERVICES PERISCOLAIRES**  
**FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE**

<b>NOM :</b>		<b>Prénom :</b>		né(e) le :	
Vaccins obligatoires	oui	non	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autre (préciser)	

L'enfant suit-il un traitement médical ,  oui  non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine au nom de l'enfant avec la notice).

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

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Asthme</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otitis</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Autre</b>

**Allergies alimentaires** oui non    **Médicamenteuses** oui non

Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....

*Je soussigné, ..... autorise le (la) directeur (trice) de l'accueil périscolaire à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin.*

à La Possonnière le ..... Signature :