A.L.A.E.
FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE
Année 2023-2024

Ce document est déclaratif, et engage la responsabilité du signataire, ne pas joindre de justificatifs

NOM :			**Prénom :**		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) qui restent sur place.

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

Rubéole ☐ **Varicelle** ☐ **Angine** ☐ **Coqueluche** ☐ **Asthme** ☐

Otites ☐ **Oreillons** ☐ **Rougeole** ☐ **Scarlatine** ☐ **Autre**

Allergies alimentaires oui non **Médicamenteuses** oui non

Autres : ……

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

A-t-il un PAI ? oui non

Je soussigné, ... autorise le(la) directeur(trice) de l'ALAÉ 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 …… NOM Prénom

Signature :

A.L.A.E.
FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE
Année 2023-2024

Ce document est déclaratif, et engage la responsabilité du signataire, ne pas joindre de justificatifs

NOM :			**Prénom :**		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) qui restent sur place.

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

Rubéole ☐ **Varicelle** ☐ **Angine** ☐ **Coqueluche** ☐ **Asthme** ☐

Otites ☐ **Oreillons** ☐ **Rougeole** ☐ **Scarlatine** ☐ **Autre**

Allergies alimentaires oui non **Médicamenteuses** oui non

Autres : ……

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

A-t-il un PAI ? oui non

Je soussigné, ... autorise le(la) directeur(trice) de l'ALAÉ 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 …… NOM Prénom

Signature :