

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux, elle évite de vous démunir du carnet de santé.

1/ ÉLÈVE / ÉTUDIANT

NOM : _____ **Prénom :** _____
 Sexe : Masc. Fém. Né(e) le : |__|__|__ Classe : _____

2/ VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELITE – ANTIDHTERIQUE – ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

| | VACCINS PRATIQUÉS | DATES |
|--|-------------------|-------|
| Précisez s'il s'agit : - du DT polio - du DT coq - du Trétacocq | | |
| | | |
| | | |
| RAPPELS | | |

ANTITUBERCULEUSE (BCG)

ANTIVARIOLIQUE

AUTRES VACCINS

| | DATES | | DATES | VACCIN | DATES |
|------------------------|-------|------------------------|-------|--------|-------|
| 1 ^{er} VACCIN | | VACCIN | | | |
| REVACCINATION | | 1 ^{er} RAPPEL | | | |

Si l'élève n'est pas vacciné, pourquoi ? _____

| INJECTIONS DE SERUM | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------|
| | | |
| | | |

3/ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX : L'ÉLÈVE/ÉTUDIANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

- RUBÉOLE VARICELLE ANGINES RHUMATISMES SCARLATINE
 COQUELUCHE OTITES ASTHME ROUGEOLE OREILLONS

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

4/ RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

NUMÉRO EN CAS D'URGENCE : Domicile : _____ Travail : _____

Parent ou voisin : M./M^{me} _____ Tél : _____

Je soussigné, responsable de l'élève/étudiant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'élève/étudiant.

DATE : _____ SIGNATURE : _____