

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 – ANTIDIPHTÉRIQUE – ANTITÉTANIQUE – 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 : _____