Fiche sanitaire 2024

Nom : Prénom :

VACCINATION :

Pour inscrire et faire entrer votre enfant en collectivité vous êtes tenus **de justifier d'un carnet de santé à jour**.
La vaccination étant obligatoire, une vérification minutieuse est effectuée lors de son inscription.
Toutefois, **chaque enfant n'est pas soumis aux mêmes obligations** au regard notamment de l'âge.

☐Mon enfant est né AVANT le 1er janvier 2018 : Pour intégrer une structure collective, chaque enfant né avant le 1er janvier 2018 doit être obligatoirement vacciné contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP)

VACCINS	Oui	Non	VACCINS	Oui	Non
Diphtérie (D)			Ou DT polio		
Tétanos (T)			Ou Tétracop		
Poliomyélite (P)					

☐Mon enfant est né APRES le 1er janvier 2018 : Pour intégrer une structure collective, chaque enfant né après le 1er janvier 2018 doit être obligatoirement vacciné contre :

VACCINS OBLIGATOIRES		Oui	Non
DTCaP	Diphtérie (D), Tétanos (T), Coqueluche acellulaire (Ca), Poliomyélite (P)		
Hib	Haemophilus influenzae b		
Hep B	Hépatite B		
PnC	Pneumocoque		
MnC	Méningocoque		
ROR	Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)		

Toutefois, toutes les autres vaccinations du calendrier vaccinal sont recommandées pour protéger les enfants des maladies infectieuses évitables par la vaccination.

Joindre une copie des pages de vaccination du carnet de santé ou un document signé par un professionnel de santé autorisé à pratiquer les vaccinations et attestant de la réalisation des vaccins obligatoires en fonction de l'âge de votre enfant.
Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- Régime alimentaire de l'enfant ☐standard ☐sans porc ☐végétarien ☐végane ☐ autre
- L'enfant suit-il un traitement médical ? oui ☐ non ☐ si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice) Merci de nous signaler tout traitement suivi par l'enfant
  ……
- L'enfant souffre-t-il d'allergies ? Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuses Autres ☐ (maquillage, crème, …) si oui préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (certificat médical demandé) :
  ……
  ……
- Indiqué ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :
  ……
  ……
- Recommandations utiles des parents, votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. :
  ……
- Votre enfant a-t-il des spécificités ? oui ☐ non ☐ Si oui, préciser
  …… Si oui, a-t-il une notification MDPH ? oui ☐ non ☐

Je soussigné(e), ……responsable légal de l'enfant…….. déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le(s) responsable(s) du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.
N° de sécurité sociale : …… , n° mutuelle et compagnie …….

A……., le ……

Signature du-des parent(s) (ou représentant légal)