



Collège René CASSIN
7 chemin des Romanettes
69960 CORBAS
Tél : 04 72 50 35 45

<http://www2.ac-lyon.fr/etab/colleges/col-69/cassin/>

FICHE SANITAIRE

ENFANT

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Fille

Garçon

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				BCG	
OU Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

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

Si le traitement est lié à une maladie chronique, joindre le Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Allergies

Asthme oui non

médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non

Autres _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) _____
