

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

Année scolaire 2020/2021

Prénom			
Nom de famille			
Date de naissance	<i>Jour</i>	<i>Mois</i>	<i>Année</i>

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE
DTP <i>Diphtérie, Tétanos, Polio</i>	
Coqueluche	

VACCINS RECOMMANDÉS			DATE
ROR <i>Rougeole, Oreillons, Rubéole</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Typhoïde	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
BCG	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Hæmophilus influenzae de type B	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Méningite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Infections à Pneumocoque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Encéphalite japonaise	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX		
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problème d'audition	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problème cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre maladie infantile		

Antécédents chirurgicaux	
Allergies alimentaires Allergies médicamenteuses	
Traitement médical permanent <i>Nom et doses du médicament</i>	

Nécessité d'un projet d'accueil individualisé :

Oui

Non

Autres informations à communiquer	
--------------------------------------	--

Fait à :

Le :

Signature :