

## Fiche médicale

**GROUPE SANGUIN** du stagiaire : .....

### 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

*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 la rencontre.....  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*).

**Nota Bene :** Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

#### L'enfant a-t-il déjà eu LES MALADIES SUIVANTES ?

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

#### 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)**  
 .....  
 .....

#### Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.  
 .....  
 .....

#### Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...etc. Précisez :  
 .....  
 .....

**Nom et  du médecin traitant (facultatif) :** .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les autorités compétentes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à ..... le, ..... **Signature :**