

Fiche sanitaire

Nom de l'enfant : -----Prénom : -----

Date de naissance : -----

Lieu de résidence : -----

Nom et prénom :

Mère : ----- **Père** : -----

Profession : ----- Profession : -----

Nos de tél. des parents :

Mère : Personnel : ----- Père : Personnel : -----

Portable : ----- portable : -----

Travail : ----- Travail : -----

Autres personnes à contacter :

1)- Nom (lien avec l'enfant) : ----- Tél. : -----

2)- Nom (lien avec l'enfant) : ----- Tél. : -----

Nom du médecin traitant : -----

Adresse : -----

Tél. : -----

Poids de naissance : -----

Actualisation :

- Date : ----- Poids : ----- Date : ----- Poids : -----
- Date : ----- Poids : ----- Date : ----- Poids : -----
- Date : ----- Poids : ----- Date : ----- Poids : -----
- Date : ----- Poids : ----- Date : ----- Poids : -----
- Date : ----- Poids : ----- Date : ----- Poids : -----

Vaccinations :

Obligatoires : DTPolio :

Vaccinations recommandées : Coqueluche – ROR – Hépatite B – Hémophilus –

Pneumocoque BCG

Vaccin	Dates injections et rappels

Tourner la page SVP ---)

0 Nous autorisons le personnel de Multi accueil à administrer à notre enfant un médicament à base de paracétamol selon les doses adaptées à son poids et nous nous engageons à fournir une ordonnance du médecin actualisée.

0 Nous nous engageons à faire effectuer les vaccinations obligatoires

0 Traitement en cours : -----

0 Allergies à signaler : -----

0 Divers : -----

0 En cas d'urgence, nous autorisons le personnel à prendre toutes dispositions nécessaire et notamment le transfert et l'hospitalisation et l'anesthésie de notre enfant.

Par l'appel du SAMU 15 ou pompiers :

Nous serons prévenus au plus vite.

Signature des parents :

signature du responsable :