



FICHE SANITAIRE

ENFANT :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon Fille

Date et lieu de la pratique :

De Septembre 20__ à Septembre 20__

Les mercredis de 18h30 à 19h45 (sauf vacances scolaires)

Gymnase - 30 rue de Mirande – 21000 DIJON

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement spécial ? Oui Non

Si oui joindre une photocopie de l'ordonnance et les médicaments correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE 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"/>	
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"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES:

Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non

Alimentaires Oui Non Autres

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET DE LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISE CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION...) EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc...Précisez

4. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL FIXE ET PORTABLE :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e), Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le président de l'association **Aikidojo Dijon** à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date : ___/___/20__

Signature :