

Merci de remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

Vaccinations

Vaccin	Nom du vaccin utilisé	Date du vaccin
Du DT Polio		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Du DT coq		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Du Tétracoq		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
D'une prise polio RAPPEL		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ANTITUBERCULOSE (BCG) 1er VACCIN		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ANTITUBERCULOSE (BCG) REVACCINATION		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ANTIVARIOLIQUE VACCIN		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ANTIVARIOLIQUE 1er RAPPEL		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
AUTRE VACCINS		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
AUTRE VACCINS		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Renseignements médicaux concernant l'enfant

RUBEOLE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	VARICELLE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	ANGINES Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	RHUMATISME Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	OTITES Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	ASTHME Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	OREILLONS Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

Si l'enfant n'est pas vacciné pourquoi ? _____

Votre assurance

Assurance scolaire et extrascolaire (nom, adresse, n° de police) : _____

ATTENTION : LE PERSONNEL N'EST EN AUCUN CAS AUTORISE A DONNER UN TRAITEMENT

Je soussigné, le responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la restauration scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (transport d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état l'enfant.

Fait à : _____ Date : / / 2018

Signatures des parents ou du représentant légal :