

FOLLENN YEC'HED / FICHE SANITAIRE

tiarvrolandernedaoulaz.bzh



2020 – 2021

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles (arrêté du 20 février 2003) relatives au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L.227-4 du code de l'action sociale et de la famille. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

BUGEL / ENFANT

Plac'h / Fille Paotr / Garçon

Deizad ganedigezh / Date de naissance :

Anv / Nom :

Anv bihan / Prénom :

Chomlec'h / Adresse :

BREC'HIOÙ / VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
Diptérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Ou DT polio				Autres (préciser)			
Ou Tétracoq							
BCG							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

TITOUROÙ YEC'HED / RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

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

MALADIES	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Angine		
Scarlatine		
Coqueluche		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		
Rhumatisme articulaire aigu		

Allergies médicamenteuses : Oui Non

Asthme : Oui Non:

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

Indiquer les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

ALIOÙ DIGANT TUD AR BUGEL / RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires

.....
.....

DEN KIRIEG / RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél domicile :

Travail :

Portable :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :