

FICHE SANITAIRE A REMPLIR

Je soussigné(e) : M. Mme

Certifie que mon enfant :

Age :

(Veuillez cocher les cases)

Ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives

Est apte à la vie en collectivité

Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affectations contagieuses

A un PAI (fournir le document ainsi que la trousse d'urgence)

Est titulaire de l'AEEH

Est concerné par un dossier en cours auprès de la MDP

Observations médicales particulières (allergies, intolérances, régime alimentaire, traitement médical, maladie, dispense...)

VACCINATIONS

Est à jour de toutes ses vaccinations ci-dessous

Pour TOUS les enfants

Dernier vaccin effectué le :

Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)

Pour les Enfants nés à partir de 01 JANVIER 2018

Coqueluche

Hépatite B

Rougeole, oreillons et rubéole

Infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B

Méningocoque de séro groupe C

Date :

Signature