

DÉPARTEMENT DU  
VAL D'OISE  
ARRONDISSEMENT DE  
PONTOISE  
CANTON DE  
TAVERNY



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
MAIRIE de BÉTHEMONT-LA-FORÊT

## Fiche sanitaire pour l'inscription à l'école de Béthemont-la-Forêt

Madame, Monsieur,

Je vous saurais gré de bien vouloir compléter cette fiche sanitaire, le plus précisément possible, afin de garantir un accueil de qualité pour votre enfant. De plus en cas de nécessité cela facilitera l'intervention des secours.

Vous remerciant par avance pour votre collaboration, je vous prie ce croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes salutations distinguées.

Didier Dagonet  
Maire.

Nom :

Prénom :

### I. Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - oreillons - rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autre (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.  
Attention le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### II. Renseignements médicaux concernant l'enfant : Prénom et Nom : .....

L'enfant a-t-il un traitement médical quotidien ?  
oui  non

Si oui joindre l'ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).  
Attention aucun médicament ne sera administré à l'enfant sans ordonnance.

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

Rubéole  
oui  non

Varicelle  
oui  non

Angine  
oui  non

Rhumatisme articulaire aigu  
oui  non

Scarlatine  
oui  non

Coqueluche  
oui  non

Otite  
oui  non

Rougeole  
oui  non

Oreillons  
oui  non

L'enfant a-t-il des allergies connues ?

Asthme  
oui  non

Médicamenteuses  
oui  non

Alimentaires  
oui  non

Autres  
oui  non

Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

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

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), merci de préciser les dates et les précautions à prendre :

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

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,... merci de préciser cela :

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

Médecin traitant chargé de l'enfant : Nom : ..... Téléphone : .....

**III. Responsable de l'enfant :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphones portable : ..... Domicile : ..... Travail : .....

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'encadrant de la restauration périscolaire à prendre toutes les mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, ...).

Fait le

Signature des parents :