

MAIRIE DE LUNAS

**FICHE SANITAIRE POUR LES TAP
(Temps d'Activités Périscolaires)**

ENFANT

NOM : _____ **Prénom(s) :** _____ **Sexe :** M F

Né(e) le : _____ **Lieu de naissance** (commune et département) : _____

VACCINATIONS (Remplir le tableau ou fournir une copie de la page vaccination du carnet de santé.)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical de longue durée ? OUI NON

Si OUI, lequel ? _____

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Cocher les cases correspondantes.)

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
RUBÉOLE			RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU			OTITE		
VARICELLE			SCARLATINE			ROUGEOLE		
ANGINE			COQUELUCHE			OREILLONS		

L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) dans le cadre scolaire ? OUI NON

ALLERGIES ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si l'enfant se soigne seul, le signaler) : _____

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...) en précisant les dates et précautions à prendre :

