



# Pôle Vie Locale Ville de Morhange

Mail : [pole.vielocale@morhange.fr](mailto:pole.vielocale@morhange.fr)

Tel : 03.87.86.15.41

## DOSSIER SANITAIRE

Année scolaire 2022-2023

Pièces à fournir :

- Copie du carnet de vaccinations
- Protocole d'Accueil Individualisé

### ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Taille :

Poids :

### RESPONSABLES LEGAUX

Nom(s) et prénom(s) :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

### MEDECIN TRAITANT

Nom :

Adresse Professionnelle :

Code Postal :

Ville :

Professionnel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## I) VACCINATIONS

(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.)

VACCINS PRATIQUES	Date de la vaccination	Date du 1 <sup>er</sup> rappel	Date du dernier rappel	Observations
BCG (antituberculeux)	/ /	/ /	/ /	
DT COQ (diphtérie/tétanos/coqueluche)	/ /	/ /	/ /	
DT POLIO	/ /	/ /	/ /	
POLIO Vaccin buccal	/ /	/ /	/ /	
ANTIVARIOLIQUE	/ /	/ /	/ /	
Autres Vaccins :	/ /	/ /	/ /	
- _____	/ /	/ /	/ /	
- _____	/ /	/ /	/ /	

Si l'enfant n'est pas vacciné, pour quelles raisons ?

---

---

---

(Joindre un justificatif du médecin traitant)

## II) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

ANGINES oui non	ASTHME oui non	CONVULSIONS oui non	COQUELUCHE oui non
OREILLONS oui non	OTITES oui non	RHUMATISMES oui non	ROUGEOLE oui non
RUBEOLE oui non	SCARLATINE oui non	VARICELLE oui non	

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :  
(Maladies, accidents, Allergies, etc.)

	/	/
	/	/
	/	/

### III) INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS

Appendicite : OUI NON

Autres opérations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rééducations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitalisations (motifs et dates) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### IV) RECOMMANDATIONS DES PARENTS (Allergies, régime alimentaire, etc.) :

*Ces renseignements sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant durant les accueils :*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'enfant est-il incontinent : OUI NON

S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? OUI NON

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?

OUI

NON

Si oui,  
lequel ? \_\_\_\_\_

Devra-t-il le suivre pendant l'accueil ?

OUI

NON

**IMPORTANT** : Si oui, remettez les médicaments et une **copie de l'ordonnance** à la personne responsable du Périscolaire.

L'enfant porte-t-il :

- une prothèse dentaire : OUI    NON    Quand doit-il la porter ? \_\_\_\_\_

- des lunettes : OUI    NON    Quand doit-il les porter ? \_\_\_\_\_

- autres : \_\_\_\_\_

## V) AUTORISATION

Je soussigné (e) : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Éventuellement Mutuelle : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de

Père

Mère

Tuteur légal

**AUTORISE**

**N'AUTORISE PAS**

la personne responsable de l'accueil, en cas de maladie, ou d'accident de l'enfant

Nom & Prénom \_\_\_\_\_

à prendre, sur avis médical, toutes les mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales y compris éventuellement d'anesthésie.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :