# Mairie de MONTIGNY

Département de Seine-Maritime - Arrondissement de Rouen
Canton de Notre Dame de Bondeville

## FICHE DE SANTE CONFIDENTIELLE
## ANNEE 2023/2024

**Merci de remplir cette fiche sanitaire avec le plus grand intérêt, de joindre impérativement la photocopie des vaccinations de l'enfant.**

**L'ENFANT :**

Nom: ……Prénom :……
Date de naissance: ……...

A-t-il une assurance scolaire ?…….si oui, laquelle ?……
N° adhésion : ……
Nom du médecin traitant : ……
Lieu d'hospitalisation souhaité : ……

**PARENTS/TUTEURS LEGAUX :**

Nom :…… Prénom : ……
Adresse : ……..……..
Tél. : ……

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

**Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes** (entourer la réponse) ?

| | | |
|---|---|---|
| Rubéole | oui | non |
| Varicelle | oui | non |
| Angine | oui | non |
| Scarlatine | oui | non |
| Coqueluche | oui | non |
| Otite | oui | non |
| Rougeole | oui | non |
| Oreillons | oui | non |
| Bronchiolites ou Bronchites | oui | non |

→

# Mairie de MONTIGNY

Département de Seine-Maritime - Arrondissement de Rouen
Canton de Notre Dame de Bondeville

**Votre enfant est-il allergique ? si oui, à quoi ?**
Asthme oui non
Allergies :……
Alimentaires oui non
Lesquelles :……
Médicamenteuses : oui non
Lesquelles :……

Autres : Veuillez préciser
……..

**AUTRES :**

Indiquer les autres difficultés de santé en précisant : maladies, crises convulsives, fragilité de l'enfant :
……..
……..
……..

Recommandations des parents :
……..
……..
……..
……..

**DECHARGE DE RESPONSABILITE**
Je soussigné (e) ……Père, mère, tuteur de l'enfant…… déclare, sincères et exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à faire participer mon enfant aux activités et si la situation l'exige, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le……
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

→