



1 place Bérot 57340 Morhange
 ☎ 03 87 86 22 11
 www.morhange.fr
 Pôle Vie Locale
 ☎ 03 87 86 15 41
 pole.vielocale@morhange.fr

Ville de

Morhange~Moselle



DOSSIER SANITAIRE

Année scolaire 2023-2024

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 ^{er} 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	CONVULTIONS 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 :