



fiche sanitaire

2, rue de la Percée
08230 ROCROI
Tél. : 03.24.32.61.40

Date :

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Poids de l'enfant :

1. Les habitudes de vie de l'enfant

Les renseignements que vous allez donner à l'équipe lors du premier accueil de votre enfant, vont évoluer avec le temps. Un point régulier, à chaque accueil ou changement du rythme alimentaire sera fait avec l'équipe.

Habitudes alimentaires :

Nombre de repas :

- L'enfant prend-il ses repas : dans vos bras ?
 dans un transat ?
 dans une chaise haute ?
 à table ?
 autre ?

Composition :

Lait :

Type de biberon utilisé :

Alimentation solide, diversifiée :

Quantité :

Aliments déconseillés

Aliments interdits

Sommeil

Rythme de sommeil :

Rituel d'endormissement :

S'endort-il seul ?

S'endort-il dans les bras ?

L'enfant pleure-t-il pour s'endormir ?

L'enfant a-t-il une tétine pour s'endormir ?

L'enfant prend-il son pouce pour s'endormir ?

L'enfant a-t-il un doudou ?

Autres habitudes de vie

2. Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, avec la notice, marquées au nom de l'enfant)

**ATTENTION : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
(Si automédication le signaler)**

L'enfant a-t-il contracté les maladies ci dessous?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	SCARLATINE
OUI NON				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	AUTRE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

Allergies

ASTHME : OUI NON

MEDICAMENTEUSE : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

AUTRES : OUI NON

Veillez préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir en cas de crise

.....
.....

ATTENTION : en cas d'allergie nécessitant un protocole de prise en charge médicale en cas de crise, un protocole sera mis en place par le médecin qui suit votre enfant

3. Recommandations utiles des parents

Précisez si votre enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

.....
.....

4. Autorisation de prise en charge en cas d'urgence

Responsable de l'enfant :

NOM Prénom :

ADRESSE

.....

code postal : ville :

Tél. : (joignable en cas d'urgence)

NOM et Tél. du médecin traitant :

N° de sécurité sociale

Le responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation de l'enfant).

Date :

Signature :