

FICHE SANITAIRE

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

GROUPE SANGUIN

VACIN

NATURE	Date 1ère Injection ou rappel

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (OUI ou NON)

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITE	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS

Recommandation des parents (en cas de problèmes de santé)

Dates	Nature du problème

En cas d'accident, l'éducateur responsable du groupe avertira les parents dans les meilleurs délais.