



# FICHE SANITAIRE

NOM ..... Prénom ..... D.N. ....

Vaccinations (à remplir à partir du carnet de santé)

**Antipoliomyélitique, Antidiphthérique, Antitétanique, Anticoquelucheuse**  
(précisez s'il s'agit du DT polio, du Dtcoq, du Tétracoq, d'une prise polio)

Vaccins pratiqués ..... Dates ..... Rappels .....

Vaccins pratiqués ..... Dates ..... Rappels .....

Vaccins pratiqués ..... Dates ..... Rappels .....

**Antituberculeuse (B.C.G)**

Date du vaccin : .....

Date du vaccin : .....

**Antivariolique**

Date du vaccin : .....

Date du vaccin : .....

**Autres vaccins**

Nature et date .....

Nature et date .....

**Injection de Sérum**

Nature et date .....

Nature et date .....

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Oreillons	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	scarlatine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Angines	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Otitis	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

**MALADIES, ACCIDENTS, PROBLEMES ACTUELS (dates)**

Maladies : .....

Accidents : .....

Problèmes actuels : .....

**CERTIFICAT MEDICAL**

*(valable uniquement trois mois avant le stage)*

Je soussigné Docteur : ..... avoir examiné ce jour

M. .... et le déclare apte à la pratique : (1) (2) **Rayer les activités interdites**

Du rugby

De la natation (piscine) - Du Golf

Remarques diverses : .....

Date :

Cachet et signature