

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

NOMS ET PRENOMS:
DATE DE NAISSANCE:LIEU:
TAILLE: POIDS: SEXE:

I-VACCINATION:

vaccins	oui	non	Date du dernier vaccin
Fievre jaune			
BCG/V.anti tuberculose			
V.contre diphterie,tétanos, poliomélyte, coqueluche,haemophilus influenzae b/DTC			
V.contre infections à pneumocoque			
V.contre hépatite B			
V.associés contre rougeole, oreillons et rubéole /VAA			
Autres vaccins :			

Merci de présenter le carnet de vaccinations lors de l'inscription. En cas de contre indication pour une vaccination, merci de fournir un certificat médical.

II- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX:

1- Allergies:

Asthme : oui ☐ non ☐ médicamenteuse: oui ☐ non ☐
Alimentaire: oui ☐ non ☐ autres: oui ☐ non ☐

Préciser la ou les causes (s) de l'allergie et la conduit à tenir:

.....
.....
.....
.....
.....

2-Antécédents / problèmes particuliers:

a-Médicaux: maladie chronique, problèmes yeux, problèmes dentaires, crises convulsives, hémorragie nasale, etc ... Préciser le problème et la conduit à tenir:

.....
.....
.....
.....

b-chirurgicaux: intervention chirurgicale, suture etc...préciser le problème et la conduite à tenir:

.....
.....
.....
.....

c - **eau de boisson:** forage: ☐ minérale : ☐ autres: ☐

Préciser svp

d- **antecedents familiaux:**

diabète: ☐ hyper tension arterielle: ☐ drépanocytose: ☐ hématie: ☐

3-MEDEecin A APPELER:

En cas d'urgence (autre que celui rattaché à l'école)

Noms :

Téléphone :

Situation du cabinet medical ou de l'hopital (préciser le service):

.....
.....
.....

*Je soussigné,
responsable legal de l'enfant declare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise le responsable de l'école CANADIAN SCHOOL OF YAOUNDE à
prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement medical, hospitalization,
intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.*

Fait à, le

signature: