

Médecin Traitant

Nom : _____ ☎ | | | | | | | | | | | |

Adresse : _____

Votre mutuelle

Nom : _____

Maladies infantiles

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		COQUELUCHE	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
OTITES		ROUGEOLE		OREILLONS		HEPATITE		SCARLATINE	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

(Mettre une croix dans la case choisie)

Vaccinations

Vaccins obligatoires :	OUI	NON	Date de la 1 ^{ère} Injection	Date de la dernière Injection
Dyphtérie-Tétanos-Polio.				
BCG : test tuberculique récent				
Ou DT polio				
Ou Tétracoq				
Vaccins recommandés :				
Rougeole – Oreillons –Rubéole				
Hépatite B				
Coqueluche				
Autres vaccinations				

Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Sorties ou voyages scolaires**Informations et recommandations importantes**

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé – énurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,... - en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre :
