**ECOLE JEAN-PAUL II**

**92380 - GARCHES**

**FICHE MÉDICALE**

**NOM et PRÉNOM de l’enfant :**……………………………………………………………………

**MÉDECIN TRAITANT :**………………………………………… **Tél**:…………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DIPHTERIE – TETANOS – COQUELUCHE – POLIO - HARMOPHILUS** | **ROR** |
| **1ère  INJECT** |  |  |
| **2nde INJECT** |  |  |
| **3ème INJECT** |  |  |
| **1er RAPPEL** |  |  |
| **2nd RAPPEL** |  |  |

**AUTRES VACCINATIONS RÉALISÉES :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** |
| **HÉPATITE B** |  |  |
| **BCG** |  |  |
| …………………. |  |  |
| …………………. |  |  |
|  | | |

La vaccination BCG n’est plus obligatoire

(décret du 17/02/2007)

**MALADIES INFANTILES déjà contractées :**

**Varicelle : OUI □ NON□ Autres :**………………………………………………………

**ANTÉCÉDANTS MÉDICAUX / CHIRURGICAUX MAJEURS :** (asthme, allergie, appendicectomie…)

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

**TRAITEMENT MÉDICAL EN RAPPORT :**…………………………………………………………...

**PAI : OUI □ NON□**

**TROUBLES VISUELS OU AUDITIFS nécessitant une attention particulière :**

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

**OBSERVATIONS DIVERSES :**

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

PS : Tout parent d’enfant présentant un asthme ou une allergie, quelque soit son degré de gravité, doit contacter son médecin traitant pour juger de l’opportunité d’un PAI (Projet d’Accueil Individualisé).