



FICHE DE SANTE

- NOM:
 - Prénom:.....
 - Date de naissance:.....
 - Poids à l'entrée:
 - Taille:.....
 - Périmètre crânien:
 - Allergies:
 -
 - Contre indications médicales ou alimentaires:.....
 -
 -
 - Antécédents Médicaux:
 -
 - Antécédents chirurgicaux:.....
 -
 - Vaccins: DT Polio (obligatoire) OUI NON
BCG OUI NON
 - Médecin traitant (Nom, Adresse et N° de tel):
 -
 -
 - Autorise mon enfant a être présenté par un employé de la crèche « Les Vercoquins »:
 - au médecin rattaché à la crèche, en cas d'urgence OUI NON
 - au SAMU/ POMPIER OUI NON
 - pour des soins d'urgence sous anesthésie générale ou locale OUI NON
 - au médecin rattaché à la crèche pour la visite médicale de début d'année OUI NON
 - Personnes à prévenir si mon enfant est malade ou en cas d'urgence (parents, famille éloignée, amis...):
 - NOM Prénom..... Tel:.....
 - NOM Prénom..... Tel:.....
 - NOM Prénom..... Tel:.....
 - J'ai pris connaissance des protocoles de santé, autorisant tout le personnel de la structure « Les Vercoquins », a faire les soins s'il le juge utile. En cas de doute, le personnel téléphonera avant aux parents.
Ces protocoles sont autorisant et non obligatoires. Ils permettent un champ d'action plus large pour permettre de soulager l'enfant jusqu'à l'arrivée des parents.
 - J'autorise le personnel de la crèche à appliquer ce protocole OUI NON
- Fournir un certificat de non contre indication aux médicaments, produits utilisés
Si NON, fournir un protocole de soins complet, fait par le médecin traitant et mettre ce dernier dans le sac de l'enfant, ainsi que les produits, médicaments et appareillages à utiliser.

Tout traitement donné (même homéopathique) nécessite une ordonnance

