

Nom, prénom, profession du Père :

Nom, prénom, profession de la Mère :

Nombre d'enfant(s) et âge(s) : _____

Admission – sont exigées une vaccination :

Antidiphthérique, antitétanique et antipoliomyélique complète.

Si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies, faire vacciner l'enfant dès maintenant sauf contre-indication mentionnée sur le certificat médical.

Dates de vaccinations			Médecin
DT POLIO		B.C.G.	
1°			
2°			
3°			
Rappels			

En cas d'hospitalisation

Clinique souhaitée : _____

Hôpital souhaité : _____

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La famille est invitée, dans l'intérêt du jeune, à répondre le plus exactement possible au questionnaire ci-dessous :

Date de la dernière vaccination antitétanique :

Groupe sanguin (s'il est connu) :

Le jeune a-t-il subi une intervention chirurgicale ? oui non

Laquelle ?

A-t-il eu des maladies contagieuses ?

Lesquelles : Oreillons _____ Hépatite _____
 Rubéole _____ Rougeole _____
 Scarlatine _____ Varicelle _____
 Rhumatisme articulaire aigu _____

Fait-il des allergies ? (contre-indication à l'emploi de certains médicaments)

Nom, adresse, n° de téléphone du médecin de famille :

Donner tout autre renseignement qui pourrait être utile à l'infirmière (maladies, troubles nerveux, troubles cardiaques, convulsions, épilepsie, traitements séquelles d'accidents...) :

Handicap : visuel _____ auditif _____
 Statique _____ langage _____

Si le jeune suit actuellement un traitement médical, celui-ci doit être déposé à l'infirmier avec l'ordonnance.

Dernier établissement scolaire fréquenté : _____