



# FICHE SANITAIRE

## VACCINATION TÉTANOS

Date du vaccin : .....

Date rappel : .....

ALLERGIE(S)  oui  Non

Si oui commentaire : .....

ASTHME  oui  Non

DIABÈTE  oui  Non

EPILEPSIE  oui  Non

AUTRE(S) PATHOLOGIE(S) .....

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : (interventions chirurgicales, accidents, fractures, trauma, lésions musculaires ...) .....

RECOMMANDATIONS UTILES (port de lunettes, lentilles, appareils : acoustique, dentaire, prothèse ...) .....

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'ECOLE : .....

