

L'enfant

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ /20____ à : _____ dépt : _____

Garçon

Fille

1 - Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **Pas de photocopie.**

Vaccins	oui	non	Date du dernier rappel	Vaccins	oui	non	Date du dernier rappel
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méningocoque C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haemophilus influenzae B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre-indication

2 - Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence aux activités ? Oui Non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Asthme OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Otites répétitives OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Allergies : Alimentaires oui non
Autres _____

Médicamenteuses oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

P.AI (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non (si oui joindre le protocole et toutes informations utiles)



Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les **précautions à prendre**.

Médecin traitant (NOM et Téléphone) : _____

3 – Informations complémentaires (à renseigner obligatoirement)

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Un appareil auditif ? oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Un appareil dentaire amovible ? oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

Recommandations des parents :

4- Autorisation de sortir seul(e)

J'autorise mon enfant à sortir seul(e)

- de l'accueil de loisirs : Non Oui : à partir de ____ h ____
- de l'accueil périscolaire : Non Oui : à partir de ____ h ____
- du club préados : Non Oui : à partir de ____ h ____

5 -Responsable(s) légal (légaux) de l'enfant

NOM _____ Prénom _____ Père Mère Tuteur

NOM _____ Prénom _____ Père Mère Tuteur

Je (nous) soussigné(e)(s), _____
responsable(s) légal (légaux) de l'enfant, déclare (déclarons) exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise (autorisons) l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : / / 20

Signature(s) :