

## 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 obligatoires	oui non		Dates des derniers rappels	Autres Vaccins	Dates
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires : joindre un certificat médical de contre-indication  
Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune 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

Médicamenteuses oui  non

Autres \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**P.A.I** (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 - 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) :