

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				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
Méningocoque C				Pneumocoque			
Haemophilus influenzae B				Autres (préciser)			

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.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- Autorisation de sortir seul(e)

J'autorise mon enfant à sortir seul(e)

- du club pré-ados : Non Oui : à partir de ____ h ____

- de la barak'ados : 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) :