

ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Garçon Fille

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE TEMPS MÉRIDIEN ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** régulier ? 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES 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 (Joindre le protocole et toutes informations utiles)

Régime alimentaire spécifique

Sans porc

Sans viande

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET **LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS:

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant au

LUNETTES, oui non besoin prévoir un étui au nom de l'enfant au

DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES oui non besoin prévoir un étui au nom de l'enfant au

PROTHÈSES DENTAIREs oui non besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS /PRÉCISEZ

4. AUTORISATION

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM: _____

ADRESSE _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT : _____

6. ASSURANCES : Copie de l'assurance scolaire en cours de validité pour l'année 2019/2020

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur

DATE :

Signature :

