

I/ L'ENFANT

NOM.....		PRENOM.....	
DATE DE NAISSANCE	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>	
ECOLE :		NIVEAU	

II/ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Liste des vaccins			Vaccins obligatoires	Vaccins obligatoires	Vaccin réalisé		Date du dernier rappel
			enfants nés avant le 01/01/2018	enfants nés après le 01/01/2018	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
DT Polio (diphtérie, tétanos, poliomyélite)			Oui	Oui	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Coqueluche			Non	Oui	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Haemophilus influenzae B			Non	Oui	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Hépatite B			Non	Oui	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Méningocoque C			Non	Oui	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Pneumocoque			Non	Oui	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Rougeole, Oreillons, rubéole			Non	Oui	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
BCG			Recommandé		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Autre					oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

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

III/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 leur notice. **Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance**)

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Indiquez des difficultés de santé de votre enfant (maladie, crises convulsives, accident, hospitalisation, opération, rééducation), en précisant les dates et les précautions à prendre.

Votre enfant a des difficultés de santé nécessitant un PAI ? oui non

Allergies :

Asthme	Médicament	Alimentaire	Autre
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Précisez :
	Précisez :	Précisez :	

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs, la conduite à tenir et éventuellement fournir une ordonnance et les médicaments.

IV/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez :

Régime alimentaire :

Sans porc Sans viande Autre :

Autorisations :

J'autorise mon enfant à être pris en photo ou filmé dans le cadre de nos accueils et que son image soit utilisée dans les supports pédagogiques et de communication externe de la mairie (bulletin municipal, Facebook, affiches, etc.).

Oui Non

J'autorise l'équipe pédagogique à appliquer de la crème solaire (fournie par vos soins ou par le centre de loisirs) sur mon enfant.

Oui Non

J'autorise l'équipe pédagogique à appliquer du maquillage sur mon enfant.

Oui Non

J'autorise mon enfant à prendre le bus, à se déplacer à pied ou en vélo lors des déplacements sur les différents temps d'accueil.

Oui Non

V/ RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM	NOM
PRÉNOM	PRÉNOM
ADRESSE	ADRESSE
TÉLÉPHONE FIXE DOMICILE	TÉLÉPHONE FIXE DOMICILE
TÉLÉPHONE PORTABLE	TÉLÉPHONE PORTABLE
ADRESSE MAIL	ADRESSE MAIL
N° allocataire CAF	N° allocataire CAF

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

En tant que responsable légal de l'enfant, je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature