

I/ L'ENFANT

NOM PRENOM

DATE DE NAISSANCE Fille ☐ Garçon ☐

ECOLE : NIVEAU (classe 2025-2026)

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

Liste des vaccins	Vaccins obligatoires enfants nés avant le 01/01/2018	Vaccins obligatoires enfants nés après le 01/01/2018	Vaccin réalisé		Date du dernier rappel	<u>JOINDRE LA COPIE DES VACCINS</u>
DT Polio (diphtérie, tétanos, poliomyélite)	Oui	Oui	oui ☐	non ☐	/...../.....	
Coqueluche	Non	Oui	oui ☐	non ☐	/...../.....	
Haemophilus influenzae B	Non	Oui	oui ☐	non ☐	/...../.....	
Hépatite B	Non	Oui	oui ☐	non ☐	/...../.....	
Méningocoque C	Non	Oui	oui ☐	non ☐	/...../.....	
Pneumocoque	Non	Oui	oui ☐	non ☐	/...../.....	
Rougeole, Oreillons, rubéole	Non	Oui	oui ☐	non ☐	/...../.....	
Autre	Précisez :		oui ☐	non ☐	/...../.....	

Si tous les vaccins n'ont pas été réalisés ou si le carnet de vaccins a été perdu, joindre un certificat médical de contre-indication.

III/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

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 ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐

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

Allergies :

Asthme	Médicament	Alimentaire	Autre
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	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/ P.A.I.

Votre enfant a des difficultés de santé nécessitant un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nous transmettre :

- ☐ le PAI signé avec l'école où votre enfant est scolarisé
- ☐ si prise de médicaments, merci de les fournir à la référente périscolaire du site
- ☐ l'ordonnance à jour.

V/ ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP

Mon enfant est reconnu en situation de handicap. Précisez :

☐ Joindre la notification MDPH actualisée

VI/ 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

. interne des services (expositions dans les locaux de l'accueil, ...) ☐ oui ☐ non
. externe des services (bulletin municipal, Facebook, 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

VII/ RESPONSABLES DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	ADRESSE :
COMMUNE :	COMMUNE :
TÉLÉPHONE FIXE DOMICILE :	TÉLÉPHONE FIXE DOMICILE :
TÉLÉPHONE PORTABLE :	TÉLÉPHONE PORTABLE :
ADRESSE MAIL :	ADRESSE MAIL :

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