

ENFANT :

NOM :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance : / / à

École fréquentée :

Classe :

MEDECIN TRAITANT :

NOM : Dr.

Téléphone : / / /

ASSURANCE – Responsabilité civile et/ou extrascolaire :

NOM :

Contrat N° :

VACCINATIONS

Pour être accueilli dans les structures municipales, votre enfant devra être à jour du calendrier vaccinal : **copies obligatoires.**

* Vaccins obligatoires :

DT Polio

* Vaccins obligatoires supplémentaires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018 :

Coqueluche – Méningocoque - Hépatite B – Pneumocoque - H. Influenza B – ROR

* Vaccin recommandé :

BCG

Je certifie que mon enfant que mon enfant est à jour de ses obligations vaccinales : Oui Non Si Non, motif :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

* Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Angine : Oui NonOtite : Oui NonScarlatine : Oui NonCoqueluche : Oui NonRougeole : Oui NonVaricelle : Oui NonOreillons : Oui NonRubéole : Oui Non

* Votre enfant est-il allergique ?

Asthme : Oui NonMédicament : Oui NonAlimentaire : Oui NonAutre : Oui Non

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

* Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, épilepsie, diabète, ...) ?

 Oui Non

Si oui, merci de préciser la nature, les dates et précautions à prendre si nécessaire.

* Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? Oui Non

Si oui, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être établi. En aucun cas, le personnel est habilité à donner des médicaments à un enfant sans PAI. Lors de l'activité, remettre au responsable : l'ordonnance, l'autorisation parentale et le médicament correspondant dans son emballage d'origine avec la notice explicative, le tout marqué au nom de l'enfant.

RENSEIGNEMENTS ALIMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT

Type de repas : Repas normal Repas régime médical* Repas sans viande Repas sans porc Repas sans bœuf

* Précisez la cause de l'allergie :

Ces repas seront servis dès lors que l'enfant est sujet à une allergie alimentaire et uniquement après avoir fait établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ou sur présentation d'un certificat médical.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires :

Je, soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à mettre à jour les rappels de vaccinations et autorise les responsables des activités à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...).

Date : / /

Signatures des représentants légaux :