



L'ENFANT

NOM & PRENOM

DATE DE NAISSANCE :

CLASSE :

SEXE : *Féminin* *Masculin*

1 – VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

*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 ou un soin 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 la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES DEPUIS SA NAISSANCE :

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON
 ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : OUI NON (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS LES PROBLÈMES DE SANTÉ ACTUELS OU PASSES : (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT NECESSITE T'IL UN POINT D'ATTENTION A PRENDRE EN COMPTE POUR :

LE SOMMEIL : OUI NON SI OUI LEQUEL (ex : somnambulisme, terreur nocturne, rituels ou autres)

L'ALIMENTATION : OUI NON SI OUI LEQUEL :

VOTRE ENFANT MOUILLE T'IL SON LIT LA NUIT : OUI NON

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : OUI NON

DES LUNETTES : OUI NON si besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : OUI NON si besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : OUI NON si besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

SI VOTRE ENFANT EST UNE FILLE EST ELLE REGLEE : OUI NON

AUTRES RECOMMANDATIONS ou situations qui influeraient sur le moral de l'enfant. PRÉCISEZ
(ex : décès d'un parent, séparation déménagement etc.)

4- RENSEIGNEMENTS et AUTORISATIONS (Indispensables en cas d'hospitalisation ou accident)

*Nom et Prénom de l'Assuré social :

*N° de Sécurité Sociale :

*Références et adresse de votre Centre de Sécurité Sociale :

*Nom et Références de votre Mutuelle complémentaire :

*Nom et adresse de votre Cie d'Assurance N° de Police :

*Groupe Sanguin (facultatif) :

5 – RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE) DOMICILE : BUREAU :

NOM/PRENOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

Nous soussignés,

Responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons l'équipe de direction à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant selon les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :...../...../.....

Mention « lu et approuvé »
Signatures :