



ENFANT

Nom – Prénom : date de naissance : sexe F G

N° Sécurité sociale de la personne qui couvre l'enfant :

RESPONSABLES LEGAUX

Noms – Prénoms et adresse:

<input type="text"/>	tél. fixe <input type="text"/>	port. <input type="text"/>
<input type="text"/>		
<input type="text"/>	tél. fixe <input type="text"/>	port. <input type="text"/>
<input type="text"/>		

Autres personnes que les parents à prévenir en cas d'urgence :

	Nom , Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. fixe	Tél. port .
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VACCINATIONS

Vaccins obligatoires : DTPolio à jour date du dernier rappel :

Vaccins recommandés : ROR : date : Coqueluche : date

Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

angine oreillons scarlatine varicelle coqueluche rougeole rubéole otite
rhumatisme articulaire asthme

Recommandations utiles des parents (port de lunettes, lentilles, prothèses auditives ...)

Autres difficultés de santé et précautions :

Médicaments :

Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant sauf sur présentation de l'ordonnance d'un médecin. Dans ce cas les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin, le nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.

SANTÉ DE L'ENFANT

Mon enfant est allergique à (préciser) :

Un projet d'accueil individualisé (PAI) est-il mis en place pour votre enfant ? Oui Non

Mon enfant a un régime alimentaire particulier (préciser) :

Nom du médecin traitant :

N° de tel :

Je soussigné(e) , responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Date :

Signature :