

Joindre obligatoirement la copie des 4 pages du carnet de vaccination

Restauration scolaire :

Périscolaire :

<u>1 - ENFANT</u>			
NOM : _____		PRÉNOM : _____	
Date de naissance : _____		Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin : <input type="checkbox"/>	
Ecole fréquentée : _____			

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles sur l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

2 - VACCINATION (copie du carnet de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES			Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

⇒ Suit-il un traitement médical au quotidien ? OUI NON

⇒ Dispose-t-il d'un P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) ? OUI NON
 Si OUI, joindre une copie, et le cas échéant, les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE ET UNIQUEMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU SERVICE.

⇒ A-t-il déjà eu les maladies suivantes ? :

RUBEOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI

⇒ A-t-il déjà eu les allergies suivantes :

ASTHME		ALIMENTAIRES		MEDICAMENTEUSES		AUTRES (à préciser)	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI		

Si OUI, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES et précautions à prendre :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations...)

Difficultés de santé	Dates
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse (pendant le séjour) : _____

Tél : fixe _____ portable : _____ travail : _____

Nom et tél. du médecin traitant : _____

N° de sécurité sociale : _____

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

Date : _____ Signature : _____

OBSERVATIONS DIVERSES :

.....

.....

.....