

Veillez compléter toutes les rubriques - (une par enfant)

ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom :
 Né(e) le : / / Sexe : M F Ecole : Classe :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :N° de téléphone :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou certificat de vaccination de l'enfant)

Vaccins	Date du dernier rappel	Vaccins	Date du dernier rappel
Diptérie, Tétanos, Poliomyélite, coqueluche, haemophilus influenzae b/...../.....	Rougeole / oreillons/ rubéole/...../.....
Pneumocoque/...../.....	Méningocoque C (Menjugate, Neisvac)/...../.....
Hépatite B/...../.....	Autres vaccinations/...../.....

Votre enfant n'est pas vacciné : Joindre un certificat médical en cas de contre-indication à la vaccination

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

• L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher la case correspondante)

Maladies	OUI	NON	Date	Maladies	OUI	NON	Date
Rubéole		 / /	Otite		 / /
Coqueluche		 / /	Rougeole		 / /
Varicelle		 / /	Scarlatine		 / /
Oreillons		 / /	Rhumatisme		 / /

• L'enfant fait-il l'objet d'une allergie : OUI NON

Si OUI : Quelle allergie ?

- Conduite à tenir :

• L'enfant bénéficie-t-il d'un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.) ? OUI NON

Si OUI, fournir l'ordonnance du médecin, les médicaments correspondants (plaquettes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice) et la procédure à suivre auprès du directeur d'école en relation avec la médecine scolaire.

• L'enfant bénéficie-t-il d'une reconnaissance MDPH OUI NON

• Veuillez nous indiquer :

- Les difficultés de santé et les précautions à prendre.
- Les recommandations utiles (lunettes, lentilles de contact, prothèse auditive...)

.....

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

Date :

Signature :