

1- **ENFANT** : NOM : PRENOM : Date de naissance :/...../.....

2- **VACCINATIONS** (Joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DTPolio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT** : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

VARICELLE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

ANGINES
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

RHUMATISMES
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

SCARLATINE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

COQUELUCHE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

OTITES
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

ASTHME
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

ROUGEOLE
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

OREILLONS
Non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Suivi MDPH : oui non en cours

PAI (joindre le protocole)

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

Allergies / Problèmes ou traitements médicaux :

INDIQUEZ CI DESSOUS LES PARTICULARITES ALIMENTAIRES OU AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES CONDUITES A TENIR : (allergies, asthmes...) :

Si l'enfant doit suivre un traitement durant l'accueil, n'oubliez pas de le signaler et de joindre l'ordonnance aux médicaments. Aucun traitement médical ne pourra être administré à l'enfant sans ordonnance et sans autorisation écrite.

4- **RESPONSABLE DE L'ENFANT** :

Nom : Prénom :

ADRESSE :

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :