

ENFANT : NOM : Prénom : garçon fille

Date de naissance :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou services organisés par la commune. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.

1 – VACCINATIONS

Fournir une copie des pages « Vaccination » du carnet de santé de l'enfant (**n'oubliez pas de noter le nom de l'enfant en haut des pages**). SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.
Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Suit-il un traitement médical pendant sa présence sur services périscolaires ? 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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES ?

- Asthme OUI NON
- Alimentaires OUI NON
- Médicamenteuses OUI NON
- Autres (animaux, plantes, pollen) OUI NON

Si oui, précisez la cause de l'allergie, **les signes évocateurs** et **la conduite à tenir (si auto médication le signaler)** :

Si votre enfant est allergique à certains aliments et qu'il a besoin de traitements particuliers, la famille doit faire une demande de Projet d'Accueil Individualisé (PAI) auprès de l'école.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

OUI NON

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

Rubéole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil :

4 – RESPONSABLES DE L'ENFANT

Père (Nom Prénom) : Tel domicile : Tel travail : Tel portable :

Mère (Nom Prénom) : Tel domicile : Tel travail : Tel portable :

N° sécurité sociale dont dépend l'enfant :

NOM et tél du médecin traitant :

Je soussigné responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable des services périscolaires à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :

