

1. IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :/...../..... FILLE : GARÇON :

2. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM/PRÉNOM : Tél :/...../.....

Adresse :

.....

.....

NOM ET NUMÉRO DE LA POLICE D'ASSURANCE SCOLAIRE :

N° :

NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

3. VACCINATIONS (merci de fournir la copie du carnet de vaccination)

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

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il une allergie ?

ASTHME : ALIMENTAIRE : MÉDICAMENTEUSES : AUTRES (préciser) :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

Existe-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : OUI : NON :

si oui, fournir l'ordonnance et les médicaments à la responsable du périscolaire, dès la rentrée

L'enfant a-t-il des antécédents ou difficultés de santé ?

(maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, comportement). Précisez les dates et les précautions à prendre :

.....
.....
.....

Recommandations utiles : Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....
.....
.....

Je soussigné(e) :

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

Date :

Signature :