

ENFANT

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : / /	CLASSE :

Nom de la compagnie d'assurance :	N° Contrat :
-----------------------------------	--------------

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie, tétanos, poliomyélite ou DTPolio ou Tétracoq	

VACCINS RECOMMANDES ou OBLIGATOIRES pour les enfants NES APRES LE 01/01/2018 (Dates de derniers rappels)			
Hépatite B	/ /	Pneumocoque	/ /
Rubéole-Oreillons-Rougeole	/ /	Méningite Hib	/ /
Coqueluche	/ /	Autres	/ /
Méningocoque C	/ /		

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA 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"/>
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"/> Scarlatine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au service périscolaire ? 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.

Allergies : OUI NON

Asthme <input type="checkbox"/>	Alimentaire <input type="checkbox"/>	Médicamenteuse <input type="checkbox"/>	Autres (précisez) : <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------------------	---	--

Précisez la cause et la réaction de l'allergie :

Existe-t-il un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** : OUI NON
Si oui, fournir à la responsable du périscolaire, dès la rentrée, l'ordonnance et les médicaments dans une trousse au nom de l'enfant

S'il existe des problèmes médicaux liés à l'alimentation (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique ...), un Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire devra être mis en place et/ou complété par un PAI existant. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire.

L'enfant est-il porteur de handicap ? OUI NON

Si oui, lequel : Intellectuel Auditif-sensoriel Moteur Troubles du comportement

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

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation... : si oui, préciser en indiquant les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc....

MEDECIN TRAITANT :

NOM :

TEL :

__/__/__/_/___

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci sur prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à : _____ le : _____

Signature PARENT 1 :

Signature PARENT 2 :