

DOCUMENT NON-CONFIDENTIEL
QUI DOIT SUIVRE L'ENFANT DANS TOUTES SES ACTIVITES

Collez ici une photo récente	NOM de l'enfant : Prénom : Date de naissance : GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--

1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Diphthérite, Tétanos, Poliomyélite)

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES RELATIVES AUX VACCINS DU CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT, MENTIONNANT SES NOM ET PRÉNOM

Ou un certificat de vaccinations ; ou un certificat médical rempli par le médecin traitant; ou un certificat de contre-indication le cas échéant

ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

*Ne pas hésiter à vous faire aider par votre médecin traitant
pour remplir cette rubrique.*

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention « Secret médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical ? Oui Non
Y a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) en cours ? Oui Non

Si un traitement est à prendre pendant l'accueil de l'enfant, joindre une photocopie de l'ordonnance et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. Spécifiez si le traitement doit être en permanence à la disposition de l'enfant. **Un PAI ET une ordonnance sont obligatoires pour pouvoir administrer un médicament à un enfant.**

ALLERGIES :

ASTHME	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AUTRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

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

1. **What is the primary purpose of the study?**

Indiquez ci-après les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre. (Indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des répercussions lors de l'accueil de l'enfant : maladie en cours, accident, crises convulsives, hospitalisation ou opération récente, rééducation en cours)

1. *What is the primary purpose of the study?*

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires. ... ?

1. *What is the primary purpose of the study?*

4- AUTORISATION BAIGNADE

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées dans le cadre des activités : oui non

5 -RESPONSABLES DE L'ENFANT

	<i>NOM</i>	<i>Prénom</i>	<i>Téléphone 1</i>	<i>Téléphone 2</i>
<i>Responsable 1</i>				
<i>Responsable 2</i>				

Nom et tél. du médecin traitant de l'enfant : _____

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

Date: _____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)