

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

## 1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES

---

**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

## 2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 (boîtes 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  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non

ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES oui  non

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

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)

### **3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)**

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

### **4 - 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 »)