

(une par enfant)

Veuillez compléter toutes les rubriques

ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom :
 Né(e) le : / / Sexe : M F Ecole : Classe :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou certificat de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires (pour les enfants nés avant le 01/01/18)	Date dernier rappel	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite ou DT polio ou tétracoq / /	Hépatite B / /
		Rubéole-Oreillons-Rougeole / /
		Coqueluche / /
		Haemophilus influenzae b / /
		Pneumocoque / /
		Meningocoque C / /

Joindre un certificat médical en cas de contre-indication à la vaccination

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

• L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher la case correspondante)

Maladies	OUI	NON	Date	Maladies	OUI	NON	Date
Rubéole		 / /	Otite		 / /
Coqueluche		 / /	Rougeole		 / /
Varicelle		 / /	Scarlatine		 / /
Oreillons		 / /	Rhumatisme		 / /

• L'enfant fait-il l'objet d'une allergie : OUI NON

Si OUI : Quelle allergie ?

- Cause de l'allergie :

- Conduite à tenir :

• Veuillez nous indiquer :

- Les difficultés de santé et les précautions à prendre

- Les recommandations utiles (lunettes, lentilles de contact, prothèse auditive...)

• L'enfant bénéficie t'-il d'un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.) ? OUI NON

Si OUI, fournir l'ordonnance du médecin, les médicaments correspondants (plaquettes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice) et la procédure à suivre auprès du directeur d'école en relation avec la médecine scolaire.

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

Date :

Signature :