

ECOLE :

1- ENFANT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

2- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				BCG	
OU Tétracoq				Autres	



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

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, lequel ?

.....

N'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments et de noter sur l'emballage le nom/prénom de l'enfant

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OREILLONS 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"/>	COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRE OUI NON AUTRES

Si oui, vous devez établir un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)

Votre enfant porte-il des lunettes, des lentilles, prothèses auditives, dentaires, etc.....

Nom et téléphone du médecin traitant :

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parent 1

NOM..... Prénom :

Adresse :

Tél portable : Tél travail :

Tél domicile :

Parent 2

NOM..... Prénom :

Adresse :

Tél portable : Tél travail :

Tél domicile :

- ✓ Je soussigné(e),
responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

- ✓ J'autorise le responsable de l'encadrement des accueils périscolaires à prendre, le cas
échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date

Signature