

**ECOLE :** .....

<p><b>1- ENFANT</b></p> <p>NOM : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p align="center">Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/></p>
--

**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	
<b>OU</b> DT polio				BCG	
<b>OU</b> 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. Faute de quoi le traitement ne pourra pas être administré.***

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OREILLONS	OTITE	ROUGEOLE	COQUELUCHE	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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 : .....

### **Tuteur**

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**