

ENFANT

Nom :	Prénom:	Sexe:
Date et lieu de naissance :	<input type="checkbox"/> Féminin	
N° de Sécurité Sociale :	<input type="checkbox"/> Masculin	
Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Hallal <input type="checkbox"/> Végétarien <input type="checkbox"/> Autre:		

LES PARENTS

Mère :	N° de téléphone :
Père :	N° de téléphone :

VACCINATIONS

Obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Recommandés	Dates
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polyomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i style="color: red;">Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.</i>	L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Rubéole</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>Coqueluche</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Varicelle</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>Otites</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Angines</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>Asthme</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Rhumatisme</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>Rougeole</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> <tr> <td>Scarlatine</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td>Oreillons</td> <td><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> </tr> </table>	Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otites	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																		
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otites	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																		
Angines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																		
Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																		
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																		

LES ALLERGIES

POUSSIERES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MEDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	POILS ET PLUMES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres : Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (En cas d'automédication merci de le signaler et de joindre une autorisation écrite ainsi qu'une ordonnance) :	

DIFFICULTES DE SANTE DE L'ENFANT

Situation de handicap: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, de quel handicap s'agit-il?:
Ce handicap est-il reconnu par la MDPH? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Votre enfant possède-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
→ Si oui, merci de nous fournir une copie.	
Précisez si l'enfant a connu des difficultés de santé (maladie, accident) en précisant les dates et les précautions à prendre :	

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte-t-il des lunettes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres:
L'enfant porte-t-il des prothèses auditives <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

HABITUDES DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS

L'enfant fait-il la sieste ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	L'enfant dort-il avec un doudou ou une tétine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

MEDECIN TRAITANT

A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autres que les parents)

NOM-Prénom :	NOM-Prénom : N° Tél :
Adresse :	NOM-Prénom : N° Tél :
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre	NOM-Prénom : N° Tél :
N° de téléphone :	NOM-Prénom : N° Tél :

Je déclare l'exactitude de tous les renseignements fournis ci-dessus.

Signature:

Le à