

ENFANT

Nom - Prénom :	Sexe:
Date et lieu de naissance :	<input type="checkbox"/> Masculin
Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Hallal <input type="checkbox"/> Végétalien	<input type="checkbox"/> Féminin

LES PARENTS

Mère (NOM - Prénom):	Téléphone :
Père (NOM - Prénom):	Téléphone :

VACCINATIONS

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Si l'enfant n'a pas effectué les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
DTP ou DTPC (Obligatoire)				
Hépatite B				
Rubéole-Oreillons-Rougeole				
Coqueluche				

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance médicale récente et les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine (Prendre soin d'y annoter le nom et prénom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.</i>	L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?:	
	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	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rhumatisme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Roséole <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
Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (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, une copie de celui-ci devra obligatoirement être fournie.	
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 prothèses auditives ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres:
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 :	Téléphone :
Adresse :	NOM-Prénom :	Téléphone :
<input type="checkbox"/> Généraliste	NOM-Prénom :	Téléphone :
<input type="checkbox"/> Pédiatre	NOM-Prénom :	Téléphone :
N° de téléphone :	NOM-Prénom :	Téléphone :

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

Le à

Signature: