

ENFANT

NOM - Prénom :		Adresse :	
Date de naissance :		N° de sécurité sociale :	
Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Hallal <input type="checkbox"/> Végétalien <input type="checkbox"/> Autre :			Sexe: <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin

PARENTS

MÈRE (NOM - Prénom):	PÈRE (NOM - Prénom):
☎ Portable :	☎ Portable :
☎ Privé :	☎ Privé :

VACCINATIONS

• Vaccins obligatoires • Vaccins recommandés (• Obligatoire si né après le 01/01/2018)	Oui (Précisez le nom du vaccin)	Date des derniers rappels	• Vaccins obligatoires • Vaccins recommandés (• Obligatoire si né après le 01/01/2018)	Oui (Précisez le nom du vaccin)	Date des derniers rappels
• Diphtérie	} (• DTP)		• Rubéole-Oreillons-Rougeole		
• Tétanos			• Hépatite B		
• Poliomyélite			• Pneumocoque		
• Coqueluche			• Méningocoque C		
• Haemophilus			• BCG		

→ Si votre enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre enfant suit-il un traitement médical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → 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 donné à votre enfant sans ordonnance et sans PAI rédigé son médecin traitant.	Votre 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

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Votre enfant est-il allergique?	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):	
Asthme: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Alimentaire: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicament: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre(s): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, épilepsie, diabète, ...)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, merci de préciser la nature, les dates et les précautions à prendre si nécessaire:		

INFORMATIONS HANDICAP / BESOINS PARTICULIERS

(La complétude de ces informations est essentielle, car elle nous permet de mettre en place les moyens les mieux adaptés aux besoins de votre enfant)

Votre enfant est-il en situation de handicap ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, de quel handicap s'agit-il? (Préciser):
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)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	→ Si oui, il vous est demandé de fournir obligatoirement une copie de celui-ci.
Percevez-vous une AEEH (Allocation d'Education Enfant Handicapé)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	→ Si oui, il vous est demandé de fournir obligatoirement une copie de la notification CAF (AEEH)
Votre enfant bénéficie-t-il d'un accompagnement médico-social dans un établissement (ex: ITEP, IME, IES, IEM, SESSAD, ...)? Si oui, merci de préciser:	

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres (Préciser):
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
--	---

MÉDECIN TRAITANT

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

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

Je, soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à mettre à jour les rappels de vaccinations ainsi que toute modification d'information de la présente fiche sanitaire et autorise les responsables des activités à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,

Signature:

Le à