

ENFANT

NOM - Prénom : _____ Adresse : _____

Date de naissance : _____ N° de sécurité sociale : _____

Régime alimentaire : Standard Sans porc Hallal Végétalien Autre: _____ Sexe: Féminin Masculin

PARENTS

MÈRE (NOM - Prénom): _____ PÈRE (NOM - Prénom): _____

☎ Portable : _____ ☎ Portable : _____

☎ Privé : _____ ☎ Privé : _____

VACCINATIONS

<ul style="list-style-type: none"> ● Vaccins obligatoires ● Vaccins recommandés <small>(● Obligatoire si né après le 01/01/2018)</small>	Oui <small>(Précisez le nom du vaccin)</small>	Date des derniers rappels	<ul style="list-style-type: none"> ● Vaccins obligatoires ● Vaccins recommandés <small>(● Obligatoire si né après le 01/01/2018)</small>	Oui <small>(Précisez le nom du vaccin)</small>	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: Oui Non Médicament: Oui Non
 Alimentaire: Oui Non Autre(s): Oui Non

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, épilepsie, diabète, ...)? Oui 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 ? : Oui Non Si oui, de quel handicap s'agit-il? (Préciser): _____
 Ce handicap est-il reconnu par la MDPH ? : Oui Non
 Votre enfant possède-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)?
 Oui Non → Si oui, il vous est demandé de fournir obligatoirement une copie de celui-ci.
 Percevez vous une AEEH (Allocation d'Education Enfant Handicapé)?
 Oui Non → 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 ? Oui Non Autres (Préciser): _____
 L'enfant porte-t-il des prothèses dentaires ? Oui Non

HABITUDES DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS

L'enfant fait-il la sieste ? Oui Non L'enfant dort-il avec un doudou ou une tétine ? Oui 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