

ENFANT

NOM - Prénom :		Adresse :	
Date de naissance :	Lieu de naissance :	N° de sécurité sociale :	
Régime alimentaire : ☐ Standard ☐ Sans porc ☐ Hallal ☐ Végétalien ☐ Autre:			Sexe: ☐ Féminin ☐ Masculin

PARENTS

MÈRE (NOM - Prénom):		PÈRE (NOM - Prénom):	
Née le :	Lieu de naissance :	Né le :	Lieu de naissance :
☎ Portable :		☎ Privé :	☎ Portable :
		☎ 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 ? ☐ Oui ☐ 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 : ☐ Oui ☐ Non	Coqueluche : ☐ Oui ☐ Non
	Varicelle : ☐ Oui ☐ Non	Otitites : ☐ Oui ☐ Non
	Angines : ☐ Oui ☐ Non	Rougeole : ☐ Oui ☐ Non
	Rhumatisme : ☐ Oui ☐ Non	Oreillons : ☐ Oui ☐ Non
	Scarlatine : ☐ Oui ☐ Non	Roséole : ☐ Oui ☐ 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 : ☎ :
☐ Généraliste ☐ 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