



Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

Enfant :	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Date de naissance :	
Nom :		Prénom :	
Adresse :			

I – Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux candidats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui		Non		Dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui		Non		Date
Diphtérie						Hépatite B					
Tétanos						Rubéole					
Poliomyélite						Coqueluche					
ou DT polio						Autres (<i>préciser</i>)					
ou Tétracoq						B.C.G					
B.C.G											

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

II – Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

Allergies : médicamenteuses Oui Non Asthme Oui Non
alimentaires Oui Non Autre Oui Non

Préciser la cause de l'allergie et de la conduite à tenir :

.....
.....

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....

III – Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

.....
.....

IV – Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :

Adresse pendant le séjour :

Tél. domicile : Travail : Portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Assurances : Cie et N° de contrat :

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS) ET AUTORISEES A VENIR LE CHERCHER

Nom	Prénom	N° de téléphone	Lien de parenté
.....
.....
.....
.....

J'autorise Je n'autorise pas mon fils, ma fille à sortir seul(e).

J'autorise mon fils, ma fille à participer aux activités du périscolaire et/ou de l'accueil de loisirs (jeux, sport, activités manuelles, etc.) et accepte les conditions du règlement intérieur.

Je soussigné(e), titulaire de l'exercice de l'autorité parentale, certifie les renseignements indiqués sur cette fiche exacts, et certifie avoir pris connaissance des informations importantes :

Signature de la mère et/ou Signature du père Signature responsable légal autre :

Signature : datée et précédée de la mention « Lu et Approuvé »