



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.
Elle est à actualiser en fonction de l'état sanitaire de votre enfant.

L'ENFANT : Nom : Prénom :
Classe : Date de Naissance :/...../..... Garçon Fille

RESPONSABLE DE L'ENFANT
 Père Mère Autre, précisez : Nom : Prénom :
Adresse
Code postal Ville

Mère

Père

Nom : Prénom :
Tél. (domicile)
Portable

Nom : Prénom :
Tél. (domicile)
Portable

Autre

Nom : Prénom :
tél. (domicile)
Portable

Nom : Prénom :
Tél. (domicile)
Portable

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT polio			
ou Tetracoq			
Autres (préciser)			

Vaccins recommandés	Date du dernier rappel
Hépatite B	
Rubéole – Oreillons - Rougeole	
Coqueluche	
Autres (préciser)	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non
Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Articulaire aigu	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Otite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Varicelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Votre enfant a-t-il des allergies ?

Asthme Oui Non

Médicamenteuses Oui Non

Alimentaires Oui Non

Si autre, précisez :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....

Poids de votre enfant :kg / Taille de votre enfant : cm
(renseignements nécessaires en cas d'urgence)

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

RECOMMANDATION UTILES DES RESPONSABLES LEGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc précisez :

En tant que responsable légal, j'autorise le personnel encadrant à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à : Nom du signataire: Signature:

Le: