

ENFANT

NOM : PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE:..... NOM DU MÉDECIN TRAITANT Tel.....
 Autorisation de rentrer seul OUI NON
 Autorisation de filmer ou photographier votre enfant : OUI NON

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

NOM, PRÉNOM : NOM, PRÉNOM :
 TÉLÉPHONE : TÉLÉPHONE :

AUTRES PERSONNES A CONTACTER (autres que le/les responsable(s) de l'enfant)

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant	Prévenir en cas d'urgence (Oui / Non)	Habilité-e à récupérer l'enfant (oui/non)

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

VACCINS	DATES DU DERNIER RAPPEL (Jour-mois-année)	VACCINS	DATES DU DERNIER RAPPEL (Jour-mois-année)
<i>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche (DTPC)</i>		<i>pneumocoque</i>	
<i>Haemophilus B</i>		<i>Méningocoque C</i>	
<i>Hépatite B</i>		<i>Rubéole-Oreillons-Rougeole</i>	

L'ENFANT A-T-IL UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.) ? OUI NON

Si OUI merci de fournir le document complet.

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES (médicaments, alimentaires) ? OUI NON

CAUSES	MESURES À PRENDRE & SIGNES VISIBLES

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (asthme, maladie, crises convulsives, trouble du comportement, opérations, etc.)

DIFFICULTÉS/ ANTÉCÉDENTS	MESURES À PRENDRE & SIGNES VISIBLES

RECOMMANDATIONS UTILES (régime alimentaire, comportement et adaptation de l'accueil, port de lunettes, etc.)

Toutes informations à transmettre à l'équipe pour un meilleur accueil individualisé de votre enfant

.....

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale,...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :