

Nom et prénom de l'enfant : ..... Né(e) le : ...../...../.....  
 Garçon       Fille      Classe : .....

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole Oreillon Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				BCG	
OU Tétracoq				-	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

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

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Rougeole	Oreillons
Oui									
Non									

■ L'enfant est-il concerné par un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ?

Oui       Non

*Si oui, merci de nous fournir une copie ainsi que le traitement nécessaire (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).*

■ L'enfant a-t-il des allergies ?

	Asthmes	Allergies alimentaires	Allergies médicamenteuses	Autres
Oui				
Non				

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

.....  
 .....

Indiquer ci-après les difficultés de sante (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
 .....

*En cas de traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port de lunettes, de lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires, régime alimentaire particulier, etc. :

.....  
 .....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Nom des représentants légaux de l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone fixe : ..... E-mail : .....

Portable père : ..... Portable mère : .....

Travail père : ..... Travail mère : .....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné, ....., responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise, conformément à la norme simplifiée NS-058 de la CNIL, la collecte des renseignements portant sur les allergies et pathologies dans le progiciel Civil Net :

Oui       Non

Le : ...../...../..... Signature :