

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	GARÇON : ☐ FILLE : ☐
N°sécu : (fournir copie attestation)	Nom mutuelle (fournir copie attestation)

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations) :

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
INFANRIX HEXA				HEPATITE B	
ou INFANRIX QUINTA				MENINGITE C	
ou REPEVAX				BGC	
ou BOOSTRIX				ANTI PNEUMOCOCCIQUE (PREVENAR)	
ou TETRAVAX					
ROUGEOLE OREILLONS RUBEOLE				AUTRES A PRECISER :	

SI L'ENFANT N'APAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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).

L'enfant est-il reconnu AEEH ? ☐ Oui ☐ NON Si oui joindre la copie du courrier de la MDPH

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier ou récurrent (asthme, diabète, handicap...) qui nécessite la transmission d'informations médicales

(informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? ☐ Oui ☐ Non

Sait-il gérer seul sa prise de médicaments ? ☐ Oui ☐ Non

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

➤ MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non ➤ ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non (fournir PAI)

➤ AUTRES (animaux, plantes, pollen...) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir** (Si automédication le signaler).

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

Rubéole ☐ Oui ☐ Non	Varicelle ☐ Oui ☐ Non	Angine ☐ Oui ☐ Non	Coqueluche ☐ Oui ☐ Non	Rhumatisme articulaire aigu ☐ Oui ☐ Non
Oreillons ☐ Oui ☐ Non	Otite ☐ Oui ☐ Non	Rougeole ☐ Oui ☐ Non	Scarlatine ☐ Oui ☐ Non	

Covid ☐ Oui ☐ Non date : _____

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Votre enfant a-t'il les spécificités suivantes ?

Porte t'il des **lunettes** ☐ Oui ☐ Non

Lentilles ☐ Oui ☐ Non

Si oui à quelle occasion ? ☐ tout le temps ☐ pour lire et activité de précision ☐ écrans

☐ autre (précisez) :

Souffre t'il d' **Enurésie**(pipi sur lui) ☐ Oui ☐ Non

diurne (le jour) ☐ Oui ☐ Non

D'**Encomprésie** (caca sur lui) ☐ Oui ☐ Non

nocturne (la nuit) ☐ Oui ☐ Non

Porte t'il un **appareil dentaire** ? ☐ Oui ☐ Non

Sait il **se brosser les dents** consciencieusement ? ☐ Oui ☐ Non

Porte t'il des **semelles orthopédiques** ? ☐ Oui ☐ Non

Précautions à prendre :

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE

N° de Sécurité Sociale :

Mail :

5 –PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (autre que le représentant légal)

NOM	Prénom	Lien de parenté	N° téléphone

6 Médecin traitant : Nom :

Ville :

Tél :

7 VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ?

OUI ☐

NON ☐

(fournir attestation MDPH si besoin d'un accompagnement spécifique)

A-t-il des aides mécaniques (appareil auditif, fauteuil...) OUI ☐

NON ☐

Si oui, précisez lesquelles , ainsi que la **conduite à tenir**

.....
.....

Je soussigné, ... responsable
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

DATE :

SIGNATURE :