



Nom de l'enfant:

Prénom de l'enfant:

Date de naissance:

Classe:

Garçon ☐ Fille ☐

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

Vaccins obligatoires	Date	Autres vaccins	Date
DT Polio			
Coqueluche			
Haemophilus Influenzae de type B (HIB)			
Pneumocoque			
Méningocoque C			
Rougeole-Oreillon-Rubéole			
Hépatite B			

Joindre un certificat médical en cas de contre-indication vaccinale.

II- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) ? oui ☐ non ☐
Si oui, veuillez fournir le P.A.I avec une ordonnance récente et les médicaments correspondants marqués au nom de l'enfant. Ceux-ci seront conservés durant toute l'année scolaire.

Nom du médecin traitant :

Téléphone et adresse :

Aucun médicament ne peut être administré en dehors de ce protocole.

1) ALLERGIE CONNUE (Joindre impérativement le P.A.I pour prise en charge)

Type d'allergie	Conduite à tenir	P.A.I Joint (oui-non)

2) L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

3) DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre**

4) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

Signature des deux parents obligatoire

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

Fait à Les Molières, le : _____

Le parent 1 ou tuteur/tutrice _____ Le parent 1 ou tuteur/tutrice _____