



Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
Ecole :	Classe :



1 - VACCINATIONS : Indiquer la date du dernier rappel

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations ? Oui Non **(Joindre une copie du carnet de santé)**
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

2 - MALADIES DE L'ENFANT (Angine, Asthme, Coqueluche, Rougeole, Oreillons, Rubéole, Scarlatine, Varicelle, Rhumatisme, Otite)

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

➤ Poids : _____ kg - Taille : _____ cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

➤ L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / périscolaires ? 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.**

4 - ALLERGIES :

OUI NON

Médicamenteuses Alimentaires Autres

S'il existe des problèmes médicaux liés à l'alimentation (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique...), un Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire devra être mis en place et/ou complété par un PAI existant. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise au responsable de la structure d'accueil.

PRECISEZ LA CAUSE ET LA REACTION DE L'ALLERGIE + joindre un certificat médical : _____

CONDUITE A TENIR : _____

Existe-t-il un P.A.I (projet d'accueil individualisé) OUI Joindre le protocole et toutes informations utiles. NON
Demande d'élaboration d'un P.A.I.P : OUI NON

➤ Le mineur présente-t-il un problème de santé ? (ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...) Si oui, préciser en indiquant les précautions à prendre.

➤ L'enfant est-il porteur de handicap ? OUI NON Si oui, lequel :
 Intellectuel Auditif-sensoriel Moteur Troubles du comportement

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

➤ Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc...

➤ Autres recommandations utiles : _____

6 - MEDECIN TRAITANT :

Nom : _____ Téléphone : _____

7 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____ TELEPHONE : _____

8 - DECLARATION

Je soussigné(e) : _____ responsable légal de l'enfant : _____, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser. J'autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci sur prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à : _____ le : _____ SIGNATURE :