

**ENFANT**

NOM – Prénom : ..... Date de naissance : .../.../..... Sexe : F  M

Etablissement scolaire fréquenté : .....

**RESPONSABLES LÉGAUX**

1 : NOM..... Adresse..... Tél.....

2 : NOM..... Adresse..... Tél.....

**AUTRES PERSONNES A CONTACTER**

MÉDECIN TRAITANT : Nom - Prénom : ..... Tél. ....

	Nom, Prénom des personnes à contacter	Lien avec l'enfant	Téléphone
1			
2			

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**VACCINS** : Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite à jour :  OUI Date du dernier rappel : .....

**Et AUTRES VACCINS** : *Joindre la copie de la page des vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.*

*Toute vaccination obligatoire non à jour et non justifiée par un certificat médical fera l'objet d'un signalement auprès de la médecine scolaire ou de la P.M.I. ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.*

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

- Angine  Oreillons  Scarlatine  Varicelle  Coqueluche  Rougeole  Rubéole  Otites  
 Rhumatisme articulaire aigu

**Porte-t-il des** :  Lentilles  Lunettes  Prothèses auditives  Prothèses dentaires  Autre (précisez).....

**Dispositions particulières pour les Accueils de Loisirs** : Si votre enfant suit un traitement médical, une ordonnance récente précisant la posologie sera déposée auprès de la direction de centre avec les médicaments dans leur emballage d'origine, la notice d'utilisation et votre accord écrit. **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**SANTE DE L'ENFANT**

**ALLERGIES ALIMENTAIRES** :  OUI - Précisez : .....

**ASTHME** :  OUI - **AUTRE DIFFICULTÉ DE SANTÉ** :  OUI - Précisez : .....

**Si OUI ci-dessus** : Se rapprocher de la médecine scolaire (pour les enfants de 6 ans et plus) ou de la P.M.I. (pour les enfants de moins de 6 ans), pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).

**P.A.I. EXISTANT** :  OUI - Fournir une copie de ce PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés à l'école ainsi qu'à la direction de l'accueil de loisirs le cas échéant.

**ALLERGIE MÉDICAMENTEUSE** :  OUI - Précisez le médicament .....

**ASSURANCE**

**CENTRE DE SÉCURITE SOCIALE** : .....N° de sécurité sociale : .....

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE** Compagnie : .....N° Contrat : .....

*La commune conseille la souscription à une assurance en responsabilité civile afin de couvrir les dommages dont l'enfant serait l'auteur ainsi qu'à une assurance individuelle accident garantissant les dommages corporels subis sans qu'aucune responsabilité n'ait pu être dégagée.*

Par la transmission de ce document, j'atteste de l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer les services de l'Education de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

**Les responsables de l'enfant** : **Nom - Prénom**

**Signature**