

<h2>INFORMATIONS SANITAIRES</h2>	<p>NOM :</p> <p>PRENOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :/...../..... SEXE : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p> <p>CLASSE :</p> <p>NOM – PRENOM des parents:</p> <p>ou des responsables légaux</p> <p>.....</p>
--------------------------------------	--

1 – VACCINATIONS OBLIGATOIRES (se référer au carnet de santé de l'enfant) :

DATE

Anti diphtérique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>/...../.....
Antitétanique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>/...../.....
Antipoliomyélique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>/...../.....

2 – VACCINATIONS autres :

Hépatite B	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Rougeole oreillons rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
BCG	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

Autres:

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant bénéficie-t-il d'un protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : allergie, traitement médical ? OUI NON

ALLERGIES :	ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	SI OUI, PRÉCISER	
MALADIES :	RUBÉOLE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OTITE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	VARICELLE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	AUTRES, PRÉCISER	

Autres difficultés de santé nécessitant une surveillance particulière (maladie, accident, hospitalisation, opération) en précisant les dates :

.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT

TEL :/...../.....

Portable :/...../.....

4 – INFORMATIONS UTILES A L'ACCUEIL DE L'ENFANT :

Votre enfant porte t-il des lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire... ?

Votre enfant est-il en situation de handicap ? OUI NON



5 – ASSURANCE DE L'ENFANT (OBLIGATOIRE) :

Pour toute participation aux activités proposées par l'association « Les Colin Maillard », l'enfant doit être couvert par une assurance extra scolaire ou responsabilité civile du foyer en cours de validité.

Compagnie : n° police d'assurance : fin de validité :/...../.....

5 – PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L' ENFANT EN CHARGE :

Les contacts mentionnés doivent correspondre à des personnes facilement joignables et rapidement mobilisables.
Un maximum de 3 contacts est demandé, **en dehors du ou des parents de l'enfant déjà mentionnés sur le dossier.**

CONTACT 1

Nom Prénom

A contacter en cas d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant

Lien

Tel/...../...../...../..... Portable/...../...../...../..... Professionnel/...../...../...../.....

CONTACT 2

Nom Prénom

A contacter en cas d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant

Lien

Tel/...../...../...../..... Portable/...../...../...../..... Professionnel/...../...../...../.....

CONTACT 3

Nom Prénom

A contacter en cas d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant

Lien

Tel/...../...../...../..... Portable/...../...../...../..... Professionnel/...../...../...../.....

6 – ATTESTATION DU OU DES PARENTS DE L' ENFANT :

Je déclare exact() l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.*

() Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal*

Signature obligatoire :

Date/...../.....

Père

Mère