

FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

(compléter une fiche *par enfant*)

Adresse : 18 av de la gare
46160 CAJARC
Tel : 05 65 10 85 41

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

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"/>/...../.....
Antipoliomyélitique	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"/>	MEDICAMENTEUSES	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	SI OUI, PRECISER			

MALADIES :	RUBEOLE	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, PRECISER			

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

NOM DU MEDECIN TRAITANT TEL :

Portable :





FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

(compléter une fiche *par enfant*)

Adresse : 18 av de la gare
46160 CAJARC
Tel : 05 65 10 85 41

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 :/...../.....

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*

Signatures obligatoires :

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

Père

Mère