

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé.

Nom – Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins obligatoire	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B *			
Tétanos				Méningocoque C*			
Poliomyélite				Pneumocoque*			
Ou D.T.Polio				Rougeole*			
Coqueluche *				Rubéole*			
Haemophilus Influenzae b*				Oreillons*			

\*Vaccins obligatoires pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 2018

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

**II - Renseignements médicaux :**

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** régulier ?  oui  non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant). Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<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	

Allergies :

Médicamenteuses  oui  non / Alimentaires  oui  non / Autres (précisez)  oui  non

**Précisez le déclencheur de l'allergie et la conduite à tenir (PAI Obligatoire s'il existe) :**

.....

.....

.....

### **III - Recommandations utiles et attentions particulières :**

Y a-t-il des attentions particulières, concernant l'enfant, que vous souhaitez transmettre au directeur(trice) du séjour concernant la vie quotidienne et besoin de l'enfant (rite d'endormissement, envie d'activité déjà exprimée, ...) ?

---

---

---

Précisez si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

---

---

---

Si votre enfant est porteur d'un handicap, merci de préciser lequel ainsi que les recommandations particulières :

---

---

---

Si votre enfant est porteur d'un handicap, fait-il l'objet d'une reconnaissance auprès de la MDPH ?  OUI  NON

Bénéficie t'il de l'AEEH ?  OUI  NON **(si oui, fournir un justificatif)**

**Dans le cadre de l'accueil réussi des enfants à besoins particuliers, nous vous invitons à compléter un livret d'accueil individualisé. Merci de nous contacter.**

### **IV - Responsable légal de l'enfant :**

Nom - Prénom : .....

Adresse pendant le séjour : .....

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Nom et tél. du médecin traitant :

Je soussigné(e), .....responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : \_\_ / \_\_ / 2022

Signature **IMPERATIVE** (*précédée de la mention lu et approuvé*) :