

ENFANTS

Nom : _____ Prénom : _____ Né.e le : _____ Classe : _____
 Garçon Fille Droit à l'image oui non

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Pour toute prise de médicaments (maladie, allergie, P.A.I.), un certificat médical / ordonnance et une boîte de médicaments au nom de l'enfant avec notice doit nous être fournie.

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? Oui Non

Si oui, quelle est la conduite à tenir :

Mon enfant a une allergie : Alimentaire Oui Non Précisez :
 Médicamenteuse Oui Non Précisez :
 Autre Oui Non Précisez :
 (animaux, plantes, pollen, ...)

Mon enfant fait de l'asthme : Oui Non

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ? Oui Non
 Si oui, merci de fournir une photocopie du P.A.I. ainsi que le kit d'intervention au nom de l'enfant (au plus tard au 1er jour de présence de l'enfant)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Souhaitez-vous nous faire part d'un élément concernant votre enfant :
 (port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire, comportement de l'enfant, régime alimentaire, ...)

Oui Non Précisez :

VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATION) à remplir obligatoirement

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés (obligatoires pour les enfants nés en 2018)	Oui	Non	Date
Diphtérie				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Tétanos				BCG			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT Polio				Haemophilus			
ou Tétracoq				Pneumocoque			
Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication				Méningocoque sérogroupe C			

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Responsable 1

NOM, Prénom

Téléphone Urgence :

Responsable 2

NOM, Prénom

Téléphone Urgence :

MÉDECIN TRAITANT

NOM, Prénom :

Téléphone :

Date :

Signature :