

NOM: PRÉNOM:

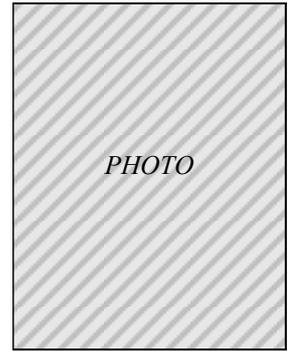
SEXE: Féminin Masculin

Date de naissance: AGE:

Lieu / départ. de naissance:

Nationalité: Française Autre: (Précisez svp)

N° SECU de la personne couvrant l'enfant:



RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT

Handicap, maladie, allergie(s), intolérance(s), asthme, énurésie, encoprésie etc...

Veuillez préciser la conduite à tenir, les préconisations, les contre indications:

- L'enfant fait-il l'objet d'un Protocole d'accueil Individualisé (PAI)? Oui Non
- D'un GEVA-sco (à l'école)? Oui Non
- Est-il recensé à la MDPH (Maison Départementale Personne Handicapée)? Oui Non
Si oui à l'une de ces questions, veuillez s.v.p nous fournir une copie du/des documents concerné(s)
- Est-il accompagné d'une AESH à l'école? Oui Non
- Souhaitez vous mettre en place un P.A.I pour votre enfant avec l'accueil de loisirs? Oui Non

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

- L'enfant suit-il un traitement médical? Oui Non
- Indiquez les difficultés de santé (accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations...) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre:

VACCINATIONS (à compléter obligatoirement)

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
Rougeole/Oreillons/Rubéole	

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel
Hépatite B	
Pneumocoque	
Méningocoque type C	
Haemophilus influenza type B	

• Si l'enfant fait l'objet d'une contre indication, joignez l'attestation du médecin svp.

MALADIES CONTRACTÉES

Rougeole: oui non Rubéole: oui non
Varicelle: oui non Scarlatine: oui non
Oreillons: oui non Otite: oui non
Autres:

RECOMMANDATIONS UTILES

Vous pouvez indiquer ici tout renseignement concernant l'enfant que vous jugez utile de nous communiquer et les éventuelles recommandations s'y rapportant (ex: régime alimentaire, port de lunettes, état émotionnel...)

PERSONNES À PRÉVENIR

EN CAS D'URGENCE, le 15 (SAMU) sera appelé. Un enfant accidenté ou malade est orienté vers l'hôpital le mieux adapté selon les modalités définies par le SAMU. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

EN CAS D'ACCIDENT SANS GRAVITE, nous nous efforçons de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

NOM et prénom de la MÈRE:

•n° mobile:

•n° domicile:

•n° travail:

NOM et prénom du PÈRE:

•n° mobile:

•n° domicile:

•n° travail:

Autres contacts

Nom et prénom:

Lien avec l'enfant:

•n° tel.:

•n° tel.:

Nom et prénom:

Lien avec l'enfant:

•n° tel.:

•n° tel.:

MÉDECIN TRAITANT

NOM:

Téléphone(s):

Ville:

AUTORISATION

Je soussigné(e) , responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'association Espace Enfance, à prendre toute mesure (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Le:

Signature: