

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom :

Date et lieu de naissance : __ / __ / ____ à Sexe : M F

Classe : Ecole fréquentée :

VACCINATIONS

Joindre **obligatoirement** la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé.
SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant A Tél.....

Groupe sanguin de l'enfant Poidskg Taillecm

L'enfant a-t-il des allergies ? OUI NON
Si oui, lesquelles ? Alimentaire
 Médicamenteuses
 Autres

L'enfant présente-t-il des problèmes de santé ? OUI NON Si oui, lesquelles ?
L'enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI NON Si oui, lequel ?

Pour les allergies ainsi que les problèmes de santé, joindre au retour de la fiche de renseignements, un certificat médical d'un spécialiste précisant la cause de l'allergie/des problèmes de santé et la conduite à tenir (administrations médicamenteuses, etc...). Ceci, afin de pouvoir mettre en place un **protocole** d'accueil individualisé dès que possible.

Autres recommandations utiles (port de lunettes, appareils dentaire et auditif, comportement de l'enfant, eunurésie, etc...) :
.....
.....

 **ATTENTION : AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.**

RESPONSABLE DU MINEUR 

Nom : Prénom :

Tél Domicile : Tél Travail : Tél Portable :

Je soussigné(e),responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

A Le
Signature :

