

Enfant : ☐ fille ☐ garçon Date de naissance :

NOM :PRÉNOM :

ADRESSE :

N° CAF ou MSA :

Aide aux temps libres CAF ☐ oui ☐ non

ALSH Maternel ALSH Primaire

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

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dernier rappel	VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Date
Diphtérie				*Hépatites B			
Tétanos				*Rubéole			
Poliomyélite				*Coqueluche			
Ou DT Polio				*Méningocoque C			
Ou Tétracoq				*Rougeole			
*Haemophilus influenzae B (Pneumopathies et méningites)				*Oreillons			
				*Pneumocoque			

*Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018
Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins Obligatoires. NOTA : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre – indication.

II – **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

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

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

Allergies : Médicamenteuses ☐ oui ☐ non Asthme ☐ oui ☐ non
Alimentaires ☐ oui ☐ non Autres ☐ oui ☐ non.....

Nom et tél. du médecin traitant :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)
Aucun médicament ne pourra être pris sans P.A.I. (Projets d'accueils individualisés)

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

III – **RECOMMANDATIONS UTILES :**

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

IV – **RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT :**

Responsable 1 : Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :
Responsable 2 : Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :

V – **PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN L'ABSCENCE DES PARENTS**

NOM, PRENOM TEL.....
NOM, PRENOM TEL.....
NOM, PRENOM TEL.....

VI – **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
☐ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées.
☐ J'autorise mon enfant à être photographié et la diffusion éventuelle des photos sur le site de la Ville, au centre ou dans le journal local.
☐ J'autorise mon enfant à prendre le transport mis en place par la ville
☐ Je certifie que mon enfant est assuré en responsabilité civile pour l'année en cours

Beaucaire le Signature(s)