Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu’il est pris en charge en dehors du temps de classe. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle sera présentée aux services de secours en cas d’accident pendant les activités.

Nom et Prénom de l’enfant : ………………………………………………………………………………………………….…….

Date de naissance : ………………………………………………………………. Garçon □ Fille □

* L’enfant doit-il bénéficier d’un protocole d’Accueil Individualisé (PAI) ? □ Oui □ Non
* Si oui était-il déjà établi durant l’année scolaire 2021/2022 ? □ Oui □ Non
* L’enfant est-il en situation de Handicap ? □ Oui □ Non

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l’enfant)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins**  **obligatoires** | **Oui** | **Non** | **Dates dernier rappels** | **Vaccins recommandés** | **Dates** |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |
| Tétanos |  |  |  | ROR |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |
| Ou DT polio |  |  |  | Autres (préciser) |  |
| Ou Tétra coq |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |

**Si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication**

Nom du médecin traitant : ………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse et téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………

**ALLERGIES :**

ASTHME □ Oui □ Non MEDICAMENTEUSES □ Oui □ Non

ALIMENTAIRE □ Oui □ Non AUTRES :

Précisez la cause de l’Allergie et la conduite à tenir : ………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom du médecin : ………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse et Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………………….

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ? A-t-il des problèmes dentaires ?

Autres …………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

J’autorise le personnel assurant l’encadrement de mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures et notamment à faire pratiquer toutes interventions médicales nécessaires par l’état de mon enfant.

Je soussigné (e), ……………………………………………………Responsable légal de l’enfant, déclare exact les renseignements indiqués sur cette fiche et m’engage à transmettre les modifications portant sur l’évolution de la santé de mon enfant.

A……………………………………… Le…………………………. Signature des représentants légaux :