

Fiche enfant

IDENTITÉ

Sexe : Garçon Fille

Nom : Prénom :

Date naiss. : Ville de naiss. :

RESPONSABLE LÉGAL

Nom : Prénom :

Adresse :

Domicile : Portable : Travail :

MÉDECIN TRAITANT

Nom : Ville :

VACCINATIONS

	Oui	Non	Date du dernier rappel		Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	B.C.G. :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétanos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hépatite B :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	R.O.R. :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
DT Polio*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétracoq*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Autres (préciser) :	<input type="text"/>		

Vous pouvez joindre une copie des pages Vaccinations du carnet de santé pour éviter de remplir ce tableau. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (*) vous devez joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

MALADIES

L'enfant suit actuellement un traitement médical : Oui Non

Si oui, vous devez joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Otite Rhumatisme articulaire aigu
 Oreillons Rougeole Scarlatine Autres :

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

L'enfant est-il allergique ? Asthme Alimentaire médicamenteuse Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

L'enfant bénéficie t'il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : Oui Non

RECOMMANDATIONS UTILES

Précisez les autres informations que vous jugez utiles de transmettre au sujet de l'enfant : Vous pouvez par exemple signaler s'il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc...

AUTORISATION

Je soussigné(e) , Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ou du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Association Familles Rurales de Lannilis

*Association Loi 1901 agréée DDCC
Centre de loisirs sans hébergement
Activités culturelles et de loisirs*

Maison de l'enfance – St Sébastien 29870 Lannilis
Tél. : 02 98 37 21 27 / Fax. : 02 98 37 21 30
Email : centredeloisirs@lannilis.fr

www.clsh-lannilis.com

SIGNATURE

Lu et approuvé

Fait à

Le

Signature du
responsable
légal