

**ENFANT**

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de Naissance : .....  Garçon  Fille



Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
 .....  
 .....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

Précisez : .....

**PRATIQUES D'ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES**

Votre enfant est-il apte à la pratique d'activités physiques et sportives ?  Oui  Non

Joindre un certificat médical.

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT**

**MERE :**

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 ☎ dom. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
 ☎ port. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
 ☎ pro. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**PERE :**

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 ☎ dom. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
 ☎ port. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
 ☎ pro. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Nom, adresse et ☎ du médecin traitant : .....

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE** (si impossibilité de contacter les parents)

**Personne 1** - Nom : ..... Prénom : .....  
 ☎ dom. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
 ☎ port. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Lien de parenté avec le responsable légal : .....

**Personne 2** - Nom : ..... Prénom : .....  
 ☎ dom. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
 ☎ port. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Lien de parenté avec le responsable légal : .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le maire ou/et son représentant à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé de votre enfant et reste confidentielle.

Elle est utile si votre enfant fréquente la garderie périscolaire, les NAP, et/ou un Accueil Collectif de Mineur de la ville (Mas, Maset, La Plantade).

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé, joindre copie des pages de vaccinations avec nom de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DERNIERS RAPPELS |
|----------------------|-----|-----|------------------------|
| Diphtérie            |     |     |                        |
| Tétanos              |     |     |                        |
| Poliomyélite         |     |     |                        |
| Ou DT polio          |     |     |                        |
| Ou Tétracocq         |     |     |                        |

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| Rubéole<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    | Varicelle<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Angine<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Rhumatisme articulaire aigu<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Scarlatine<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Coqueluche<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Otite<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non     | Rougeole<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Oreillons<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                   |   |

**Allergies :** Asthme :  Oui  Non Médicamenteuse :  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non

Autres : .....

Si votre enfant est allergique, un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) a-t-il été mis en place ?

Oui  Non (si oui joindre le PAI spécial ACM en cours ou se rapprocher du Guichet unique pour en établir un)

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

.....  
 .....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

.....