

Année :

Cette fiche sera conservée sur le lieu d'accueil de votre enfant

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Féminin

Masculin

Personnes à contacter en cas d'urgence (Veuillez indiquer les responsables légaux en priorité et ensuite les autres personnes habilitées)

Personne habilitée 1

Nom :

Prénom :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

Lien avec l'enfant :

Personne habilitée 3

Nom :

Prénom :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

Lien avec l'enfant :

Personne habilitée 2

Nom :

Prénom :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

Lien avec l'enfant :

Personne habilitée 4

Nom :

Prénom :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

Lien avec l'enfant :

I – Vaccinations (fournir une copie intégrale du carnet de santé)

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant – si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole – oreillons - rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

II – Maladies, allergies et contre-indications

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

Rubéole

Varicelle

Angine

Rhumatisme articulaire aigu

Scarlatine

Coqueluche

Otite

Rougeole

Oreillons

Asthme

