

Année :

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

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Féminin

Masculin

### Personnes à contacter en cas d'urgence (par ordre de priorité, après avoir contacté les responsables légaux)

#### Personne habilitée 1

Nom :

Prénom :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

#### Personne habilitée 3

Nom :

Prénom :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

#### Personne habilitée 2

Nom :

Prénom :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

#### Personne habilitée 4

Nom :

Prénom :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

### 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 – 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

Allergies : Asthme  Médicamenteuses  Alimentaires  Autres

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

**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 ... Précisez) :**

### **III – Responsable de l'enfant**

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Tél. travail :

Nom et téléphone du médecin traitant (*facultatif*) :

Je soussigné, responsable légal.e de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du lieu d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : Signature du / de la / des représentant.e.s légal.e. /aux