

MAIRIE

DOCUMENT CONFIDENTIEL

51500 TAISSY

Joindre obligatoirement la copie du carnet vaccination

Nom du mineur :

.....

Prénom :

.....

Date de Naissance :

...../...../.....

Sexe : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser) :	

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

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.**2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids :kg ; Taille :cm (information nécessaire en cas d'urgence).

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, 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 administré sans ordonnance (mêmes conditions si l'enfant a un traitement en cours d'année scolaire).

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Entourer les bonnes réponses)

RUBEOLE VARICELLE ANGINE OREILLONS SCARLATINE
 COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ

Allergies : (entourer les bonnes réponses)

ASTHME ALIMENTAIRES MEDICAMENTEUSES AUTRES _____

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

En cas de régime alimentaire, précisez : SANS VIANDE SANS PORC **L'enfant est-il concerné par un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ?** Oui Non

Si oui, merci de nous fournir une copie ainsi que le traitement nécessaire (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre :**

Recommandations utiles des parents : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez :

Baignade : Sait nager Se débrouille Ne sait pas nager

Autorisez-vous l'utilisation de l'Arnica pour votre enfant : oui non

Observations diverses :

4-RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la CAISSE DES ECOLES de Taissy à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicale, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur de la CAISSE DES ECOLES de Taissy à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Médecin traitant :

NOM : _____ Tél : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature :