

1. L'enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... / ..... / .....  Fille  Garçon  
 N° Sécurité Sociale : ..... Poids : ..... Kg  
 Nom et adresse de l'assurance : .....  
 ..... N° de police : .....

2. Ses vaccinations

Fournir **obligatoirement** une photocopie des vaccins.

Antituberculeuse B.C.G Date dernier rappel : ..... / ..... / .....

Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Haemophilus influenzae b  
 Date dernier rappel : ..... / ..... / .....

Infections invasives à pneumocoque Date dernier rappel : ..... / ..... / .....

Hépatite B Date dernier rappel : ..... / ..... / .....

Rougeole, oreillons, rubéole Date dernier rappel : ..... / ..... / .....

Autres vaccinations : .....  
 Date dernier rappel : ..... / ..... / .....

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

3. Ses antécédents médicaux

Cochez les maladies qu'a déjà eu l'enfant.

- |                                     |   |                                  |  |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Angines    | <input type="checkbox"/> Coqueluche         | <input type="checkbox"/> Otites  | <input type="checkbox"/> Rougeole      |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Oreillons          | <input type="checkbox"/> Galle   | <input type="checkbox"/> Rubéole       |
| <input type="checkbox"/> Varicelle  | <input type="checkbox"/> Pieds mains bouche | <input type="checkbox"/> Roséole | <input type="checkbox"/> Conjonctivite |

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

.....

.....

.....

4. Son état de santé

L'enfant suit-il un traitement médical ?  oui  non  
 Si oui, lequel : .....  
 Joindre **obligatoirement** une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Indiquez les allergies connues de l'enfant, précisez si nécessaire:

- |   |   |       |
|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Asthme             | <input type="checkbox"/> Médicamenteuse : | ..... |
| <input type="checkbox"/> P.A.I (le fournir) | <input type="checkbox"/> Alimentaire :    | ..... |
| <input type="checkbox"/> Autre :            |   | ..... |

Précisez la conduite à tenir : .....

5. Recommandations

Cochez les éléments nécessaires.

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| L'enfant est-il porteur d'un handicap ?             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'enfant porte-il des lunettes / lentilles ?        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'enfant porte-il des prothèses auditives ?         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'enfant porte-il un appareil dentaire ?            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'enfant mouille-t-il son lit ?                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'équipe peut-elle appliquer de la crème solaire ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
- Si oui, lequel : .....
- Autres recommandations : .....

6. Le responsable de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 ☎ Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....  
 En cas d'urgence, prévenir : Mme / Mr ..... Tél : .....  
 Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable à faire sortir mon enfant de l'hôpital.

Date : ..... / ..... / ..... Signature :