

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:
 Asthme Médicamenteuse :
 P.A.I (le fournir) Alimentaire :
 Autre :
 L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? oui non
 Si oui, lequel :

5. Recommandations utiles

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 sait-il nager ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

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 :