

FICHE INDIVIDUELLE ET CONFIDENTIELLE, DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

L'ENFANT (Ecrire en majuscule)

NOM : PRENOM :

Date de naissance : Age : ans Sexe : ☐ M ☒ F ☐ F

Ecole : Classe :

VACCINATIONS

☐ **J'atteste que mon enfant satisfait aux obligations de vaccination et joins la copie du carnet de vaccination et/ou un certificat médical**

Pour les mineurs accueillis, seuls sont obligatoires (sauf contre-indication médicale reconnue), les vaccins suivants :
Antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélique. Le BCG n'est quant à lui plus obligatoire depuis 2017.
Important : La loi a rendu obligatoire 11 vaccins pour les enfants nés après le 01/01/2018 :
Coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, bactérie Haemophilus influenzae, pneumocoque, méningocoque.
La loi n'étant pas rétroactive, elle ne concerne les enfants nés avant cette date.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical : ☐ OUI ☐ NON Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ? : ☐ OUI ☐ NON

Si oui : joindre une copie de l'attestation AESH

Si oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom et prénom de l'enfant avec la notice)

ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance

MALADIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Scarlatine			Rubéole			Rhumatismes		
Varicelle			Oreillons			Angine		
Coqueluche			Rougeole			Otite		
ALLERGIES								
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Médicaments			Un P.A.I. a-t-il été mis en place pour sa scolarité (si oui : fournir une copie)		
Alimentaires			Autres					

Spécifier les **antécédents médicaux** ou **chirurgicaux** ou **tout autre élément d'ordre médical** considérés par les parents comme **susceptibles d'avoir des répercussions** sur le déroulement du séjour :

Les **difficultés de sante de votre enfant** (accident, crises convulsives, rééducation,) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

RECOMMANDATIONS UTILES (port de lunettes, prothèses auditives, dentaires, ...) :

Je soussigné(e)....., Responsable Légal de l'Enfant,

- Déclare exacts les renseignements portés sur la présente fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant ».

Signature :

