

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle est à actualiser en fonction de l'état sanitaire de votre enfant.

**1 L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance: ...../...../.....  Fille  Garçon

**2 RESPONSABLE DE L'ENFANT**

Mère  Père | | Autre : ..... Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....  
 Responsable 1 : ..... Tél. port. : ..... Tél. maison : ..... Tél prof : .....  
 Responsable 2 : ..... Tél. port. : ..... Tél. maison : ..... Tél. prof : .....  
 Numéro de sécurité sociale : .....  
 Adresse de votre CPAM : .....

**3 VACCINATIONS**

*Rappel : la vaccination est obligatoire (sauf contre-indication médicale reconnue) pour inscrire un enfant sur un accueil collectif de mineurs.*

Ainsi, pour attester de la situation vaccinale de l'enfant, je joins obligatoirement à cette fiche sanitaire l'un des documents ci-dessous :

- Une copie du carnet de Santé (Cerfa N°12594\*02 et N°12595\*02).
- Un certificat médical attestant de la situation vaccinale.

**4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'accueil de votre enfant pourrait-il entraîner des difficultés (traitement médical régulier, handicap, autres...)?

OUI NON

*Si oui, merci de nous contacter pour définir un protocole adapté à votre enfant, lui permettant d'être accueilli en toute sécurité.*

Votre enfant a-t'il déjà eu les maladies suivantes :

<b>Rubéole :</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>Scarlatine :</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Otite :</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>Rougeole :</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Varicelle :</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>Angine :</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Oreillons :</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>Coqueluche :</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Rhumatisme articulaire aigu :</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Votre enfant a-t'il des allergies ?

**Asthme** OUI  NON   
**Médicamenteuses** OUI  NON   
**Alimentaires** OUI  NON

Si autre, préciser ci-contre :

Préciser 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 :

.....  
 .....  
 .....

**5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....

Si votre enfant est malade sur l'une des périodes d'accueil, merci de nous 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 pris sans ordonnance.

Fait à :

Nom du signataire :

Signature :

Le :