

## Fiche enfant

### Identité

Sexe :  Garçon  Fille

Nom :  Prénom :

Date de naissance :

### Responsable légal

Nom :  Prénom :

Adresse :

 Domicile :  Portable :  Travail :

### Médecin Traitant

Nom :  Ville :

### Vaccinations

	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétanos*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
DT Polio*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétracoque*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

	Oui	Non	Date du dernier rappel
B.C.G. :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hépatite B :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
R.O.R :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Coqueluche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autres (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Vous pouvez joindre une copie des pages Vaccinations du carnet de santé pour éviter de remplir ce tableau. Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires (\*) vous devez joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

### Maladies

L'enfant suit actuellement un traitement médical :  Oui  Non

Si oui vous devez joindre un 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.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

Rubéole  Varicelle  Angine  Coqueluche  Otite  Rhumatisme articulaire aigu

Oreillons  Rougeole  Scarlatine  Autres

## Difficultés de santé

L'enfant est-il allergique?  Asthme  Alimentaire  Médicamenteuses  Autres:

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

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précaution à prendre:

L'enfant bénéficie t'il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) :  Oui  Non

## Recommandations utiles

Précisez les autres informations que vous jugez utiles de transmettre au sujet de l'enfant: Vous pouvez par exemple signaler s'il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc...

## Autorisation

Je soussigné(e) , responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ou du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

## Signature

Lu et approuvé

Fait à

Le  /  /

Signature du  
responsable  
légal

FAMILLES RURALES

Association locale d'Evrecy

1 place du Général De Gaulle

Tél. : 02 31 80 11 33

[famillesruralesevrecy@wanadoo.fr](mailto:famillesruralesevrecy@wanadoo.fr)

site : [www.famillesrurales-evrecy.com](http://www.famillesrurales-evrecy.com)

Association loi 1901, membre du Mouvement Familles Rurales.

- Famille

- Consommation

- Éducation

- Jeunesse

- Loisirs

- Tourisme

- Vie associative

- Formation

- Santé