

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*: | | | |
| Tétanos*: | | | |
| Poliomyélite*: | | | |
| DT Polio*: | | | |
| Tétracoque*: | | | |

| | Oui | Non | Date du dernier rappel |
|---------------------|-----|-----|------------------------|
| B.C.G. : | | | |
| Hépatite B : | | | |
| R.O.R : | | | |
| Coqueluche : | | | |
| Autres (préciser) : | | | |

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

site : www.famillesrurales-evrecy.com

Association loi 1901, membre du Mouvement Familles Rurales.

- Famille

- Consommation

- Éducation

- Jeunesse

- Loisirs

- Tourisme

- Vie associative

- Formation

- Santé