

Partie 2 – Fiche sanitaire et renseignements relatifs à l'enfant

NOM ET PRÉNOM _____ **Date de naissance** _____

Nom de l'école fréquentée par l'enfant _____ Maternelle Élémentaire

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé (pages relatives à la vaccination) ou au carnet de vaccinations ou attestation d'un médecin)

Vaccins obligatoires : indiquer les dates de vaccins dans les cases de couleur correspondantes

Âge approprié	VACCINATIONS OBLIGATOIRES pour les enfant nés à partir du 1 ^{er} janvier 2018									
	1 mois	VACCINATION OBLIGATOIRES pour les enfant nés avant le 1 ^{er} janvier 2018				12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	
		2 mois	4 mois	5 mois	11 mois					
BCG										
Diphtérie/ Tétanos poliomyélite										
Coqueluche										
Haemophilus influenzae b (HIB)										
Hépatite B										
Pneumocoque										
Méningocoque C										
Rougeole / Oreillons / Rubéole										
Papillomavirus humains (HPV)										

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Allergies alimentaires (l'enfant ne doit pas consommer certains aliments pour raisons médicales) Oui Non

Antécédents médicaux ou chirurgicaux (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations,...) Oui Non

Si oui, préciser : (dates et précautions à prendre) _____

Pathologies chroniques ou aiguës en cours Oui Non

Si oui, préciser: _____

Et indiquer nom et tél. du médecin : _____

Problème de santé nécessitant un traitement d'urgence (asthme, diabète,...) Oui Non

PAI en cours (Projet d'Accueil Individualisé) Oui Non

Enfant porteur de handicap (ou AEEH) Oui Non

Appareillage spécifique (lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire,...) : Oui Non

Si oui, préciser : _____

Taille de l'enfant (en cm) = _____ (Information nécessaire en cas d'urgence)


Poids de l'enfant (kg) = _____ (Information nécessaire en cas d'urgence)

Autres recommandations _____

AUTORISATIONS

 • J'autorise mon enfant à utiliser tous types de transports en commun dans le cadre des activités Oui Non

 • J'autorise mon enfant de plus de 6 ans à rentrer seul Oui Non

 • J'autorise les prises de vue de mon enfant et la diffusion de tout ou partie des enregistrements vidéos et sonores réalisés ainsi que films, vidéogrammes, produits multimédias qui en seraient issus Oui Non

• Personnes majeures habilitées à récupérer mon enfant avec une pièce d'identité :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements mentionnés et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :