

## L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Fille  Garçon  
 N° de sécurité sociale auquel l'enfant est affilié : \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				Autres (à préciser)	
OU Tétra coq					
B.C.G.					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## LE MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Ville :

Téléphone :

## LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphones : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## LES RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

*Précisez si l'enfant ne mange pas de porc, s'il porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... :*

	Oui	Non
L'enfant a-t-il une reconnaissance MDPH ou un dossier en cours ? <b>(Si oui, merci de bien vouloir nous le transmettre)</b>		
L'enfant a-t-il un PAI ? <b>(Si oui, merci de bien vouloir nous le transmettre)</b>		
Etes-vous bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé ?		
L'enfant est-il accompagné d'un AVS à l'école ?		
Est-t-il suivi par une structure et si oui laquelle (CAMSP, CMPP, Sessad,...) ?		

## MALADIES

L'enfant suit-il un traitement médical actuellement?  Oui  Non

Si oui, 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.

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

	Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Otite		
Angine			Rougeole		
Rhumatisme articulaire aigu			Oreillons		
Scarlatine					

## ALLERGIES

	Oui	Non		Oui	Non
Asthme			Médicamenteuse		
Alimentaire			Autre :		

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, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à \_\_\_\_\_  
Le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal(e) :



**Familles Rurales**  
**Association de Plouarzel**  
**Accueil de loisirs, accueil périscolaire,**  
**Activités culturelles et de loisirs**  
15 street Lannoc  
29 810 PLOUARZEL  
Tél. : 06 49 67 95 61  
Mail : poleenfance.afrplouarzel@gmail.com

*Association loi 1901*  
*Agréée Jeunesse et Sports*