

## IDENTITE DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à ..... Sexe :  M  F

Classe : ..... Ecole fréquentée : .....

## VACCINATIONS

Joindre **obligatoirement** la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé.  
*SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION*

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant ..... A ..... Tèl.....

Groupe sanguin de l'enfant ..... Poids .....kg Taille .....cm

L'enfant a-t-il des allergies ?  OUI  NON  
Si oui, lesquelles ?  
 Alimentaire .....  
 Médicamenteuses .....  
 Autres .....

L'enfant présente-t-il des problèmes de santé ?  OUI  NON Si oui, lesquelles ? .....  
L'enfant suit-il un régime alimentaire ?  OUI  NON Si oui, lequel ? .....

**Pour les allergies ainsi que les problèmes de santé**, joindre au retour de la fiche de renseignements, un certificat médical d'un spécialiste précisant la cause de l'allergie/des problèmes de santé et la conduite à tenir (administrations médicamenteuses, etc...). Ceci, afin de pouvoir mettre en place un **protocole** d'accueil individualisé dès que possible.

Autres recommandations utiles (port de lunettes, appareils dentaire et auditif, comportement de l'enfant, eunurésie, etc...) : .....  
.....  
.....

 **ATTENTION : AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.**

## RESPONSABLE DU MINEUR

Nom : ..... Prénom : .....

Tèl Domicile : ..... Tèl Travail : ..... Tèl Portable : .....

Je soussigné(e), .....responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

A ..... Le .....  
**Signature :**

