

A remplir (au stylo, appuyez fort SVP) par les parents ou responsables légaux ; à renouveler chaque année scolaire

ENFANT/JEUNE **Nom :** _____ **Prénom :** _____

Sexe : F M Date de naissance : ___/___/___

Bât ___ Apt ___ Adresse _____ Ville _____

Nom des parents ou responsables légaux : _____

Téléphone(s) : ___/___/___/___/___ ou ___/___/___/___/___ ou ___/___/___/___/___

Informations complémentaires : mon enfant porte (cocher)

- des lunettes ou lentilles
 des aérateurs transtympaniques (ou yo-yo)
 des prothèses auditives
 des prothèses dentaires,
 autre appareillage, préciser : _____

Vaccinations (joindre la copie des pages vaccination du carnet de santé ou un certificat médical de vaccination)

- Date de la dernière injection du DT Polio coqueluche (obligatoire pour tous) _____
 autres vaccinations obligatoires pour tout enfant né à partir du 1^{er} janvier 2018 : _____

Vaccin (obligatoire si ° 01/01/2018 et après)	Date dernière injection	Vaccin (obligatoire si ° 01/01/2018 et après)	Date dernière injection
BCG		Rougeole, Oreillon, Rubéole (ROR)	
Méningites à Haemophilus influenzae b (ou DT Polio pentavalent)		Méningites, pneumonie et septicémies à pneumocoque	
Hépatite B (ou DT polio hexavalent)		Méningites et septicémies à meningocoque C	

- Mon enfant présente une /des contre-indication(s) médicale(s) à une (des) vaccination(s)
joindre le certificat de contre-indication

Renseignements médicaux

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention « Secret Médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour

par exemple : les allergies alimentaires ou médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux,...), opération chirurgicale récente ou situation de handicap

Avez-vous un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) au sein de l'école de votre enfant ?

- Non **Oui, mis en place le** ___/___/___ *(joindre une copie du PAI)*
- Mon enfant a un régime alimentaire particulier (préciser) _____
 Mon enfant est allergique à (préciser) : _____
 Autre contre-indication médicale (préciser) _____
 Son état de santé lui interdit la pratique du sport (préciser) _____

Nom du médecin traitant : _____ **Tél :** ___/___/___/___/___ **Commune :** _____

Médicaments :

Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant, sauf sur présentation de l'ordonnance d'un médecin.

Dans ce cas, les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin. Les nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage

En cas d'urgence :

Votre enfant sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté.

Une personne de l'équipe d'animation accompagnera votre enfant. Vous en serez prévenu dans les meilleurs délais.

Le médecin décidera si nécessaire de pratiquer tous les soins indispensables et éventuellement une intervention d'urgence avec anesthésie

J'autorise en mon absence, la personne responsable de l'accueil, à accompagner mon enfant sortant de l'hôpital.

FAIT LE : ___/___/___ **A :** _____

SIGNATURE des parents ou responsables légaux de l'enfant

DOCUMENTS A FOURNIR (photocopies) :

- certificat médical de vaccination (ou pages du carnet de santé correspondantes), ou certificat de contre-indication aux vaccinations le cas échéant
 Protocole d'accueil individualisé (le cas échéant)