

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

<b>ENFANT/JEUNE</b>	Nom : _____	Prénom : _____
	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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**

- Date de la dernière injection du DT Polio  
*(joindre la copie des pages vaccination du carnet de santé ou un certificat médical de vaccination)*

	Date dernière injection
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite <i>(obligatoire)</i>	

- Mon enfant présente une /des contre-indication(s) médicale(s) à la vaccination contre la Diphtérie et/ou la Poliomyélite.  
*(joindre le certificat de contre-indication ; la vaccination antitétanique ne présente aucune 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 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 DT Polio (ou pages du carnet de santé correspondantes),  
 ou certificat de contre-indication aux vaccinations le cas échéant