


INFORMATIONS	Nom de l'enfant : _____
	Prénom de l'enfant : _____
	Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F
	Nom et prénom des parents de l'enfant : _____
SANITAIRES	

1-NOM DU MEDECIN TRAITANT : _____  / / / /

2-VACCINATIONS (obligatoires) :

*Les 3 premiers vaccins sont obligatoires pour les enfants nés avant 2018
Et les 11 pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018*

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Diphtérie | <input type="checkbox"/> | Rougeole | <input type="checkbox"/> |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> | Oreillons | <input type="checkbox"/> |
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> | Rubéole | <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> | | |
| Haemophilus influenzae b | <input type="checkbox"/> | | |
| Hépatite B | <input type="checkbox"/> | | |
| Méningocoque C | <input type="checkbox"/> | | |
| Pneumocoque | <input type="checkbox"/> | | |

Joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé de mon enfant ou une attestation d'un médecin en cas de contre-indication.

3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Votre enfant est allergique ? oui non

Préciser l'allergie : _____

Votre enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui non

Si oui joindre une copie du PAI

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière : maladie, accident, hospitalisation, opération (à préciser en indiquant les dates) : _____

Votre enfant porte des lunettes lentilles de contact appareil dentaire autre _____

4-ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP :

Votre enfant a une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) oui non

Si oui, la notification prévoit elle un Auxiliaire de Vie Scolaire

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'un établissement spécialisé ? oui non

Si oui, lequel _____

5-ASSURANCE DE L'ENFANT (OBLIGATOIRE) :

Pour toute participation aux activités municipales ou du CCAS, l'enfant doit être couvert par une assurance extra-scolaire ou responsabilité civile du foyer en cours de validité


Joindre une copie de l'attestation d'assurance


6-PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE :

Contact 1

Nom _____ Prénom _____

Lien avec l'enfant _____

 ____/____/____/____/____


 professionnel ____/____/____/____/____

A contacter en cas d'urgence Autorisé à prendre l'enfant en charge

Contact 2

Nom _____ Prénom _____

Lien avec l'enfant _____

 ____/____/____/____/____

 professionnel ____/____/____/____/____

A contacter en cas d'urgence Autorisé à prendre l'enfant en charge

Contact 3

Nom _____ Prénom _____

Lien avec l'enfant _____

 ____/____/____/____/____

 professionnel ____/____/____/____/____

A contacter en cas d'urgence Autorisé à prendre l'enfant en charge

7-AUTORISATION ET DECLARATION A COCHER ET SIGNER PAR LE RESPONSABLE DE L'ENFANT :

J'autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités péri ou extra-scolaire proposées par le CCAS ou la ville de Grisolles

Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche. Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.

Signature obligatoire :

Date : ____/____/____