

<b>INFORMATIONS</b>	Nom de l'enfant : _____
	Prénom de l'enfant : _____
<b>SANITAIRES</b>	Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M    F
	Nom et prénom du responsable légal : _____

**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<sup>er</sup> 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

ALAE (matin et soir) Mercredi et Vacances

Votre enfant est-il autorisé à venir seul ? oui  non

Votre enfant est-il autorisé à partir seul ? oui  non

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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_