

INFORMATIONS	Nom de l'enfant : _____
	Prénom de l'enfant : _____
SANITAIRES	Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M F
	Nom et prénom du responsable légal : _____
	N° tél : _____

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 bénéficiaire de l'AEEH oui non

Si oui fournir l'attestation AEEH

