

INFORMATIONS	Nom de l'enfant : _____
	Prénom de l'enfant : _____
SANITAIRES	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^{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

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 : ____/____/____