

**Accueil Périscolaire
commune de Renaison**
☎ 04 77 64 43 64 – 06 32 41 63 52

Accueil de Loisirs :
Lundi, mardi, jeudi, vendredi : 7h00 à 8h30
11h30 à 12h30
16h30 à 18h30

2018-2019

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la santé de votre enfant et reste confidentielle.

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

Indiquez ci-après :
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?
précisez :

.....

.....

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé, joindre copie des pages de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DE DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre indication.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (entourez la bonne réponse)

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	

Allergies : Asthme Oui Non Médicamenteuse Oui Non
Alimentaires Oui Non Autres :

Si votre enfant est allergique, un PAI (projet d'accueil individualisé) a-t-il été mis en place ?
Oui (dans ce cas joindre la copie du PAI) Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

.....

.....

.....

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

MERE :

Nom :

Prénom :

☎ dom :/...../...../...../.....

☎ port :/...../...../...../.....

☎ pro :/...../...../...../.....

PERE

Nom :

Prénom :

☎ dom :/...../...../...../.....

☎ port :/...../...../...../.....

☎ pro :/...../...../...../.....

Nom, Adresse et ☎ du médecin traitant

.....

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si impossibilité de contacter les parents)

Personne 1 Nom: Prénom :

☎ dom :/...../...../...../..... ☎ port/...../...../...../.....

Adresse :

Lien de parenté avec le responsable légal :

Personne 2 Nom: Prénom :

☎ dom :/...../...../...../..... ☎ port/...../...../...../.....

Adresse :

Lien de parenté avec le responsable légal :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le maire ou/et son représentant à prendre le cas échéants, toutes mesures (médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :