

**ENFANT**

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

 Garçon Fille

à :

Etablissement :

Classe :

**1. VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole Oreillons Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT polio ou Tétracoq				BCG	

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

**2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies et / ou allergies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	AUTRES		

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant est-il concerné par un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) ?

OUI  NON Indiquer ci-après **LES RECOMMANDATIONS UTILES** et/ou **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les dates** et les **PRÉCAUTIONS A PRENDRE**.**Rem.** : Il ne sera donné aucun médicament lors du service cantine.**NOM & TEL. DU MEDECIN TRAITANT :**

Fixe :

**3. RESPONSABLE DE L'ENFANT****Qualité :** Père  Mère  Tuteur **Nom et Prénom :**

Fixe :

Portable père:

Portable mère:

Travail père:

Travail mère:

**4. PERSONNES AUTORISÉES A RECUPERER L'ENFANT**

Nom et Prénom :

Lien :

Tel. fixe / portable :

Nom et Prénom :

Lien :

Tel. fixe / portable :

Nom et Prénom :

Lien :

Tel. fixe / portable :

Je soussigné, \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la cantine et de la garderie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date :****Approbation :** OUI

NON