

Fiche de renseignements sanitaire

L'ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ ☐ F - ☐ M

AUTORISATIONS : HOSPITALISATION / TRANSPORT DE L'ENFANT

Je, soussigné(e), Monsieur ou /et Madame :

Agissant en qualité de : ☐ Père – ☐ Mère – ☐ Autre (préciser).....

Autorise N'autorise pas

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | l'équipe de direction, en cas de maladie ou d'accident de l'enfant à prendre toutes les mesures d'urgences nécessaires. |
| ☐ | ☐ | le transport en bus ou en minibus de l'enfant dans le cadre des sorties organisées par les structures. |

SANTE /VACCINATION

Joindre les photocopies des vaccins

L'enfant est-il à jour des vaccinations obligatoires : ☐ OUI ☐ NON

Pour les enfants nés **avant 2018** : diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP).

Pour les enfants nés **à partir de 2018** : diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP), coqueluche, haemophilus influenzae (HIB), hépatite B, pneumocoque, méningocoque C, rougeole, oreillons et rubéole.

Si non : fournir un certificat de contre-indication médical à la vaccination

L'enfant suit-il un traitement médical : ☐ OUI ☐ NON

Dans ce cas, fournir les médicaments et l'ordonnance au responsable, dans un sac fermé avec le nom de l'enfant.

L'enfant est-il en situation de handicap : ☐ OUI ☐ DEMANDE EN COURS ☐ NON

Rapprochez-vous du responsable de l'accueil AVANT le 1er jour d'accueil de votre enfant pour échanger sur ses besoins et anticiper les éventuelles adaptations.

L'enfant a-t-il des allergies : ☐ OUI ☐ NON

Lesquelles : ☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autres

Dispose-t-il d'un PAI : ☐ OUI ☐ NON *(si oui, fournir le document)*

Conduite à tenir :

.....
.....
.....

Avez-vous des recommandations particulières à nous signaler au sujet de votre enfant ?

☐ Lunettes ☐ Appareil dentaire ☐ Prothèse auditive ☐ Autres

Conduite à tenir :

.....
.....
.....

Nom du médecin traitant : Téléphone :

En vertu de la loi du 16 juillet 1984, art. 38, nous vous informons de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne si vous n'en possédez pas ISIGNY-OMAHA-INTERCOM décline sa responsabilité en cas d'accident en dehors de l'activité en cours encadré par l'équipe pédagogique.

A _____, le _____

Signature(s)