

2017/2018

Cadre réservé à l'administration

Dossier déposé le :

Ecole fréquentée : Maternelle Elémentaire Collège Classe (niveau) :

NOM : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

Adresse :

Nom et prénom du responsable 1 : Tél. :

Nom et prénom du responsable 2 : Tél. :

Nom et téléphone du médecin traitant

.....

Vaccinations obligatoires (se référer aux pages vaccinations du carnet de santé de l'enfant ou en faire la copie)

	Date		Date
D.T.P. :	/	/	/
		ou	<input type="checkbox"/> Antidiphtérique : / / <input type="checkbox"/> Antitétanique : / / <input type="checkbox"/> Antipoliomyélitique : / /

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication
Info : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

Vaccinations recommandées (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Hépatite / /
 Rougeole Oreillons Rubéole / /
 Coqueluche / /
 BCG / /

Maladies contagieuses et épidémiques

- | | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Méningite |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Typhoïde et paratyphoïde | | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Autres maladies |

Allergies

- Asthme Médicamenteuses Alimentaires Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si l'enfant est atteint de troubles de santé importants, ceux-ci seront pris en compte dans le cadre d'un **Projet d'Accueil Individualisé**) :

.....

Contre-indications

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

.....

Informations complémentaires

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc
Précisez :

.....


Assurance de l'enfant (obligatoire)


Pour toute participation aux activités municipales proposées par les services organisateurs rattachés au DUI, l'enfant doit être couvert par une assurance scolaire et extra-scolaire en cours de validité.


Compagnie : N° police assurance : Fin de validité:.....

Personnes autorisées à prendre l'enfant en charge et/ou à prévenir en cas d'urgence autres que le(s) responsable(s) mentionné(s) sur la fiche Information Famille.

Les contacts mentionnés doivent correspondre à des personnes facilement joignables et rapidement mobilisables et devront présenter une pièce d'identité

Nom, Prénom :	 :
En qualité de :	
Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/>	A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>

Nom, Prénom :	 :
En qualité de :	
Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/>	A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>

Nom, Prénom :	 :
En qualité de :	
Autorisé à venir chercher l'enfant <input type="checkbox"/>	A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/>

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure municipale fréquentée par mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature