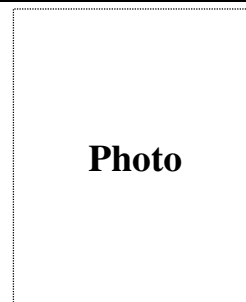


<b>ENFANT</b>	
<b>Nom :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	<b>Age :</b>
<b>Garçon</b> <input type="checkbox"/> <b>File</b> <input type="checkbox"/> <i>(Cocher la case correspondante)</i>	



Photo

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Date des derniers rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>OU</b> DT polio				Autres (Préciser)	
<b>OU</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il un **traitement médical** pendant sa présence aux TAP : **OUI**  **NON**  *(Cocher la case)*

Si OUI, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants.

**Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marqués au nom de l'enfant avec la notice**  
**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

**L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

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

<b>ALLERGIES</b> <i>(Cocher la case correspondante)</i>			
ASTHME	ALIMENTAIRES	MÉDICAMENTEUSES	AUTRES
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

**PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR :**

.....

.....

.....

**P.A.I.** (Projet d'Accueil Individualisé) **en cours** / OUI  NON  *Joindre le protocole et toutes informations utiles*

.....

.....

.....

Date et paraphe des parents ou représentants légaux :



**DIFFICULTÉS DE SANTÉ – À indiquer ci-après en précisant les précautions à prendre**  
(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

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

**3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

Votre enfant porte-t-il des lentilles	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Votre enfant porte-t-il des lunettes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant
Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant
Votre enfant porte-t-il des prothèses ou appareil dentaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant
Votre enfant mouille-t-il son lit	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
S'il s'agit d'une fille est-elle réglée	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Au besoin lui prévoir le nécessaire hygiénique

**AUTRES RECOMMANDATIONS À PRÉCISER** (Ex. : qualité de peau, crème solaire, ...)

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

**4 – AUTORISATIONS** (Cocher la case correspondante)

- J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : OUI  NON
- J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : OUI  NON
- Autorisation de transport en véhicule de service et/ou car de location : OUI  NON

**5 – RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT**

<b>Nom et Prénom :</b>	
<input type="checkbox"/> fixe	<b>Adresse complète :</b>
<input type="checkbox"/> portable	
<input type="checkbox"/> travail	
<b>N° Sécurité Sociale :</b>	
<b>Nom du médecin traitant :</b>	<b>☎ :</b>

L'enfant bénéficie de la CMU	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Cocher la case correspondante
L'enfant bénéficie d'une prise en charge S.S. à 100 %	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Cocher la case correspondante

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
responsable légal de l'enfant : \_\_\_\_\_  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.  
Ceci suivant les prescriptions d'un médecin, et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

À, \_\_\_\_\_ Le, \_\_\_\_\_ (À compléter)

**Signature des parents ou représentants légaux :**