



MAISON DE L'ENFANCE « LES CHRYSALIDES »
5 ROUTE D'AUDUN LE TICHE
57710 AUMETZ
TEL : 03.82.51.87.85
periscolaire-aumetz@orange.fr

1- ENFANT	NOM	
	PRENOM	
	DATE DE NAISSANCE	

2 - VACCINATIONS (copie carnet de vaccinations à joindre)

<u>Vaccins obligatoires</u>	Dates des derniers rappels	
DTP Diphtérie Tétanos Polio		Attention, le vaccin anti tétanique ne présente aucune contre-indication.
<u>Vaccins recommandés</u>		
BCG		
Rougeole Oreillons Rubéole		
Hépatite B		
Coqueluche		
Autres à préciser		

3 –RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT.

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui joindre une **ordonnance récente et les médicaments correspondants** (médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, avec mention du nom de l'enfant et en cas de médicament générique du nom du médicament auquel il se substitue) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. Pour les traitements antipyrétiques, un protocole doit être établi. (Fiche jointe)

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ou a-t-il des allergies? (Protocole **à établir en cas d'accueil personnalisé**)

<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Otite	<u>Allergies</u>
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> oreillons	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Alimentaires
<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Scarlatine	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Médicaments

Indiquez ci-après :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET PRECAUTIONS A PRENDRE :

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

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE DES LUNETTES, DES PROTHESES DENTAIRES, AUDITIVES, ETC...

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

REGIME PARTICULIER

- SANS PORC
- SANS VIANDE
- AUTRE : en fonction des allergies alimentaires, un Protocole d'Accueil Individualisé doit être établi avec les parents, le médecin référent, le médecin allergologue, les représentants de la mairie, les employés et la directrice de la structure.

5- RESPONSABLE LEGAL ET AUTORISATION D'HOSPITALISATION

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE LEGAL

.....

ADRESSE.....

.....

TEL DOMICILE PORTABLE.....

.....

TRAVAIL.....

.....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE.....

.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT.....

.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise la directrice ou un membre du personnel de l'établissement à prendre le
cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitements
médicaux , hospitalisations, interventions chirurgicales).

DATE :

SIGNATURE