

FICHE ENFANT

Identité

Nom :
Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
Né le :/...../..... À :
Poids :Kg
Taille :m.....cm
Groupe sanguin :
Nom du Médecin Traitant :
Téléphone du Médecin :/...../...../...../.....

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

Tableau ci-dessous à compléter **IMPÉRATIVEMENT !**

Responsables de l'enfant

L'enfant habite chez :

Parents <input type="checkbox"/>						Père <input type="checkbox"/>						Mère <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> Autre, à préciser.....					
NOM		Prénom		Tél. Domicile		Tél. Travail		Tél. Portable		Lien de parenté avec l'enfant													
				/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /														
				/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /														
				/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /														
				/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /	/ / / /														

VACCINS

Vaccins obligatoires	Oui/Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole (ROR)	
Poliomyélite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	



Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE REPRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

 **Tournez S.V.P**

L'ENFANT A-T-IL UN PAI ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui précisé :
RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui précisé :
AUTORISATION DE MAQUILLAGE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT				
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?				
Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Allergies :				
Médicamenteuses Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> :	Alimentaires Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> :		<input type="checkbox"/> Si autres préciser :	
Asthme :				
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Cause :	
Difficultés de santé				
Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre :			
Recommandations particulières des parents				
.....				

**EN L'ABSENCE D'UN P.A.I. AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS À L'ALSH,
MÊME S'IL Y A UNE ORDONNANCE !!**

L'ENFANT SAIT-IL NAGER ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Attestation scolaire savoir nager ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Occasionnellement <input type="checkbox"/>	

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise le directeur de l'accueil à prendre toute mesure qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents, m'engage à payer les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles et m'engage aussi à prendre en charge les suppléments dus à un retour éventuel de mon enfant, ainsi que les frais d'accompagnement ;

Fait à..... le...../...../20.....

Signature :