



NOM :	Prénom :
Date de Naissance :	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole - Oreillons - Rougeole	
OU DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
OU Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA VIE EN COLLECTIVITÉ. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

• Suit-il un traitement médical au quotidien? OUI NON

• Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? OUI NON

Si oui, joindre une copie, et le cas échéant, les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE ET UNIQUEMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU CENTRE.**

• L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs**, et la **conduite à tenir (si automédication, le signaler)** :

• Information concernant le régime alimentaire de l'enfant :

.....

• Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale** (information sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? OUI NON

.....

• L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Coqueluche	Rhumatisme articulaire aigu
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"/>	
Oreillons	Otite	Rougeole	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"/>	

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

	OUI	NON
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurésie nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Autres informations que vous jugez utile de transmettre à l'équipe :

.....

4. RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM

Prénom

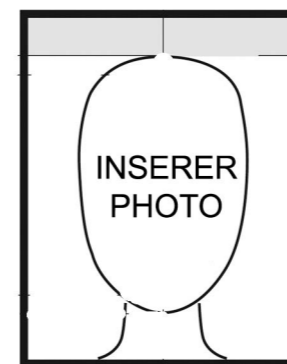
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL TEL PORTABLE

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL



Mairie de Villelaure
 Service périscolaire et extrascolaire
 mairieperisco@villelaure.fr
 Hôtel de Ville – Place du Général de Gaulle –
 Avenue Jean Moulin
 Tel : 04.90.09.83.83 – Fax 04.90.09.93.67 –
 www.villelaure.fr