

**ENFANT**

Nom :  Prénom  Né(e) le  Classe:   
 Garçon  Fille

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Pour toute prise de médicaments (maladie, allergie, P.A.I.), un certificat médical / ordonnance et une boîte de médicaments au nom de l'enfant avec notice doit nous être fournie.

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? Oui  Non

Si oui, quelle est la conduite à tenir :

Mon enfant a une allergie : Alimentaire Oui  Non  Précisez :   
 Médicamenteuse Oui  Non  Précisez :   
 Autre (animaux, plantes, pollen,...) Oui  Non  Précisez :

Mon enfant fait de l'asthme : Oui  Non

**Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ?** Oui  Non

**Si oui, merci de fournir une photocopie du P.A.I. ainsi que la trousse de secours au nom de l'enfant (au plus tard au 1er jour de présence de l'enfant)**

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Souhaitez-vous nous faire part d'un élément concernant votre enfant :

(port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire, comportement de l'enfant, régime alimentaire,...)

Oui  Non  Précisez :

**VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATION) à remplir obligatoirement**

Vaccins obligatoires			Date du dernier rappel	Vaccins recommandés (obligatoires pour les enfants nés en 2018)			Date
	Oui	Non			Oui	Non	
Diphtérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Poliomyélite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Coqueluche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ou DT Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Haemophilus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ou Tétracoq	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Pneumocoque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication				Méningocoque séro groupe C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**RESPONSABLES DE L'ENFANT**

**Responsable 1**  
 NOM, Prénom   
 Téléphone Urgence

**Responsable 2**  
 NOM, Prénom   
 Téléphone Urgence

**MÉDECIN TRAITANT**

NOM, Prénom

Date :

Téléphone

Signatures :