

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour la période de l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle sera détruite à l'issue de l'année scolaire 2023-2024. Merci de nous indiquer tout changement en cours de période.

## Enfants

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Garçon  Fille

## Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Dates de vaccinations et ou du dernier rappel
<b>Pour tous les mineurs</b>	
Diphtérie	
Tétanos	
Poliomyélite	
<b>Pour les enfants nés à partir de Janvier 2018</b>	
Coqueluche	
Hépatite B	
Rubéole	
Oreillons	
Rougeole	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b	
Contre les infections invasives à pneumocoque	
Contre le méningocoque de sérogroupe C	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. **Attention** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant la période d'accueil ? OUI  NON

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

**Allergies :** Asthme Oui  Non  Alimentaires Oui  Non  Médicamenteuses Oui  Non

**Autres** .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

**Indiquez ci-après :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**. **Nécessité d'un projet d'accueil personnalisé.**

.....

.....

.....

**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, appareillages etc. Précisez.

**BAIGNADE**

Sait nager

Se débrouille

Ne sait pas nager

**Observations diverses :**

---

**Responsable de l'enfant**

**Nom**..... **Prénom** .....

**Adresse :**

**Numéros de téléphone :**

Parent 1 : Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

Parent 2 : Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature :

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à une prise en charge de qualité de votre enfant et à la gestion administrative de votre dossier. Le destinataire des données est Mairie de Sainte-Hermine. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en nous contactant. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*