



**N'hésitez pas à vous faire aider de votre médecin pour remplir cette rubrique**

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention "secret médical", à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

### ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil. Par exemple : les allergies alimentaires, les allergies médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux, soleil, piqûres d'insectes...) ou une opération chirurgicale récente :

Si oui, précisez : .....

Y a-t-il des précautions à prendre ? : .....

### MALADIES EN COURS

Aigues ou chroniques, indiquer uniquement celles susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil, par exemple : diabète, asthme, convulsion...

Si oui, précisez : .....

Y a-t-il des précautions à prendre ? : .....

### LES MEDICAMENTS

Si un traitement est à prendre pendant le temps d'accueil de votre enfant, joindre la copie de l'ordonnance médicale.

Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Le nom et le prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage.

S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites.

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

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

### A renseigner obligatoirement

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES** (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite)  
**VACCINATIONS RECOMMANDEES** (BCG, Rougeole, Oreillons, Rubéole, Coqueluche, Hépatite B)

Fournir un certificat de vaccinations,

ou une copie lisible des "pages vaccinations" du carnet de santé de l'enfant, mentionnant ses nom et prénom,

ou un certificat médical de contre-indication le cas échéant (le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

### PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (P.A.I.) ?

Oui  Non

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Mon enfant porte :

des lunettes ou lentilles

des prothèses auditives

des prothèses dentaires

autre appareillage, précisez : .....

Y a-t-il des précautions à prendre ? : .....

### Eventuellement, coordonnées du médecin traitant de l'enfant :

Nom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Je soussigné(e) M - Mme \_\_\_\_\_

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil loisir présent à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

Je m'engage à communiquer toutes modifications de renseignements concernant mon enfant qui pourraient intervenir au cours de l'année scolaire.

Lu et approuvé, le

Signature du responsable légal