

A remplir par les parents ou responsables légaux ; à renouveler chaque année scolaire

ENFANT/JEUNE Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ____/____/____ Lieu : _____ Sexe : F M
 Nom et adresse des parents ou responsables légaux : _____

 Tél domicile : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____ ou ____/____/____/____/____
 Tél travail Mme M : ____/____/____/____/____ Tél travail Mme M : ____/____/____/____/____
 Autre personne à prévenir en cas d'urgence (en qualité de, préciser) : _____
 _____ Tél : ____/____/____/____/____

Informations complémentaires : mon enfant porte (cocher)

- des lunettes ou lentilles des aérateurs transtympaniques (ou yo-yo) des prothèses auditives
 des prothèses dentaires, autre appareillage, préciser : _____

Vaccinations :

- Mon enfant présente une / des contre-indication(s) médicale(s) à la vaccination contre la Diphtérie et/ou la Poliomyélite.
(joindre le certificat de contre-indication ; la vaccination antitétanique ne présente aucune contre indication)
 Date de la dernière injection du DT Polio *(joindre la copie des pages vaccination du carnet de santé ou un certificat médical de vaccination):*

	Date dernière injection
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite <i>(obligatoire)</i>	

Renseignements médicaux :

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.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour
par exemple : les allergies alimentaires, ou médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux,...) ou une opération chirurgicale récente

Avez-vous un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) au sein de l'école de votre enfant ? Non Oui

- Mon enfant a un régime alimentaire particulier (préciser) : _____
 Mon enfant est allergique à (préciser) : _____
 Autre contre-indication médicale (préciser) _____
 Son état de santé lui interdit la pratique du sport (préciser) _____

Nom du médecin traitant : _____ Tél : ____/____/____/____/____ Commune : _____

Médicaments :

Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant, sauf sur présentation de l'ordonnance d'un médecin.
 Dans ce cas, les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin. Les nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage

En cas d'urgence :

Votre enfant sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté.
 Une personne de l'équipe d'animation accompagnera votre enfant. Vous en serez prévenu dans les meilleurs délais.
 Le médecin décidera si nécessaire de pratiquer tous les soins indispensables et éventuellement une intervention d'urgence avec anesthésie

J'autorise en mon absence, la personne responsable de l'accueil, à accompagner mon enfant sortant de l'hôpital.

FAIT LE : ____/____/____ A : _____ SIGNATURE des parents ou responsables légaux de l'enfant

DOCUMENTS A FOURNIR (photocopies) :

- certificat de contre-indication aux vaccinations le cas échéant
 certificat médical de vaccination DT Polio ou pages du carnet de santé correspondantes