

INFORMATIONS MÉDICALES

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

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
DIPHTÉRIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TÉTANOS		HÉPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYÉLITE		PNEUMOCOQUE	
AUTRES VACCINS ÉVENTUELS (à préciser)		ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	

➤ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant :

Téléphone :

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :
Coqueluche Oreillons Rougeole
Rubéole Scarlatine Varicelle

L'enfant a-t-il fréquemment ? Angine Otite Rhumatisme Asthme

Allergies : Non Oui

Préciser :

PAI (Prendre contact avec le directeur de la structure)

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation écrite du représentant légal.**

AUTORISATIONS

- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires Oui Non

- Transporter mon enfant par les véhicules de la commune ou les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées Oui Non

- À utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la ville Oui Non

Les autorisations courent chaque année par tacite reconduction, sauf annulation écrite déposée.

Nous, Monsieur et Madame
responsables légaux de l'enfant déclarons l'exactitude des informations portées
sur ce dossier.

Fait le

Signature du père

à

Signature de la mère