

A remplir (au stylo, appuyez fort SVP) par les parents ou responsables légaux ; à renouveler chaque année scolaire

ENFANT/JEUNE **Nom :** _____ **Prénom :** _____

Sexe : F M Date de naissance : ____/____/____

Bât ____ Apt ____ Adresse _____ Ville _____

Nom des parents ou responsables légaux : _____

Téléphone(s) : ____/____/____/____/____ ou ____/____/____/____/____ ou ____/____/____/____/____

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

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 (obligatoire)	

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)

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, mis en place le ____/____/____

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