

2020-2021

# Fiche enfant

## Identité

Sexe :  Garçon  Fille

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

## Responsable légal

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

 Domicile : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

## Médecin Traitant

Nom : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_



## Vaccinations

Chez les enfants nés avant le 1er janvier 2018 les vaccinations contre la diphtérie, le tétonas et la poliomyélite aux âges de 2,4 et 11 mois sont obligatoires pour l'entrée en collectivité.

Chez les enfants nés à partir du 1er janvier 2018, les vaccins obligatoires sont ceux qui protègent des maladies de l'ensemble du tableau ci-dessous.

Maladies	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Maladies	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphthérite				Coqueluche			
Tétanos				Haemophilus influenzaeB			
Poliomyélite				Hépatite B			
				Méningocoque C			
				Pneumocoque			
				Rubéole Oreillons Rougeole			

Vous pouvez joindre une copie des pages Vaccinations du carnet de santé pour éviter de remplir ce tableau. Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires (\*) vous devez joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## Renseignements consenat le mineur

Poids.....Kg

Taille:.....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit actuellement un traitement médical :



Oui



Non

Si oui vous devez joindre un ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

## Difficultés de santé

L'enfant est-il allergique?  Asthme  Alimentaire  Médicamenteuses  Autres: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précaution à prendre:

\_\_\_\_\_

L'enfant bénéficie t'il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) :

Oui

Non

## Recommandations utiles

Précisez les autres informations que vos jugez utiles de transmettre au sujet de l'enfant: Vous pouvez par exemple signaler s'il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc...

\_\_\_\_\_

## Autorisation

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ou du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

## Signature

Lu et approuvé

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du  
responsable  
légal

**FAMILLES RURALES**

**Association locale d'Evrecy**

1 place du Général De Gaulle

Tél. : 02 31 80 11 33

[famillesruralesevrecy@wanadoo.fr](mailto:famillesruralesevrecy@wanadoo.fr)

site :[www.famillesrurales.org/evrecy](http://www.famillesrurales.org/evrecy)

Association loi 1901, membre du Mouvement Familles Rurales.

- Famille
- Consommation
- Éducation

- Jeunesse
- Loisirs
- Tourisme

- Vie associative
- Formation
- Santé