



## ENFANT

NOM : .....  Garçon  
 PRENOM : .....  Fille  
 Né(e) le : ..... à : .....

Etablissement :

Classe :

## 1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole Oreillons Rubéole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				BCG	
ou Tétracoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## 2. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies et / ou allergies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME	SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>

## ALLERGIES :

ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	AUTRES		

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

L'enfant est-il concerné par un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) ?

OUI  NON

Indiquer ci-après **LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant **les dates** et les **PRÉCAUTIONS A PRENDRE**.

**Rem. :** Il ne sera donné aucun médicament lors du service cantine.

## 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

## 4. PERSONNES AUTORISÉES A RECUPERER L'ENFANT

Recommandations des parents (port de lunettes, de lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires, régime alimentaire particulier...)

## 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

**Nom des représentants légaux de l'enfant :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Commune :** ..... **Fixe :** .....

**E-mail 1 :** ..... **E-mail 2 :** .....

**Portable père :** ..... **Portable mère :** .....

**Travail père :** ..... **Travail mère :** .....

**NOM & TEL. DU MEDECIN TRAITANT :** ..... **Fixe :** .....

Je soussigné, ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la cantine et de la garderie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date :**

**Signature :**