

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Garçon  
Droit à l'image : Oui Non Classe à la rentrée scolaire 2020/2021 : \_\_\_\_\_ Fille

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Pour toute prise de médicaments (maladie, allergie, P.A.I.), un certificat médical / ordonnance et une boîte de médicaments au nom de l'enfant avec notice doit nous être fournie.

Votre enfant est-il porteur d'un handicap ? Oui Non

Si oui, quelle est la conduite à tenir :

Mon enfant a une allergie : Alimentaire Oui Non Précisez :

Médicamenteuse Oui Non Précisez :

Autre (animaux, plantes, pollen) Oui Non Précisez :

Mon enfant fait de l'asthme : Oui Non

Un Projet d'Accueil Individualisé a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ? Oui Non  
Si oui, merci de fournir une photocopie du P.A.I. ainsi que le kit d'intervention au Nom de l'enfant.

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Souhaitez-vous nous faire part d'un élément concernant votre enfant - port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire, comportement de l'enfant, régime alimentaire, ...

Oui Non Précisez :

### VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ OU AUX CERTIFICATS DE VACCINATION)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date du dernier rappel	Vaccins recommandés	Oui	Non	Date
Diphtérie				Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Tétanos				BCG			
Poliomyélite				Hépatite B			
ou DT polio				Coqueluche			
ou Tétracoq				Haemophilus			
				Pneumocoque			
				Autres (préciser)			

**Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication**

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

#### Parent 1

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphone personnel \_\_\_\_\_  
Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

#### Parent 2

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphone personnel \_\_\_\_\_  
Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

### MEDECIN TRAITANT

Nom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Je soussigné **Parent 1** **Parent 2**, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Signature Parent 1

Date

Signature Parent 2

Date