

Pause méridienne – Accueil périscolaire – Accueil de loisirs- Jeunesse

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe ** : **Fille** **Garçon**

Taille en cm :

Ecole :

Classe :

Poids en kg :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et prénom du représentant légal 1 : Portable..... Fixe.....

Adresse..... Code Postal et commune :

Nom et prénom du représentant légal 2 : Portable..... Fixe.....

Adresse..... Code Postal et commune :

Nom du médecin traitant..... Téléphone du médecin traitant.....

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

Joindre une copie du carnet de santé


Vaccins obligatoires	Dates du dernier rappel	Vaccins obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/2018	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rougeole Oreillon Rubéole	
Poliomyélite		Coqueluche	
		BCG	
		Haemophilus	
		Pneumocoque	

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

➡ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes *?


Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Rougeole	Oreillons
Oui	Oui	Oui	Oui Non	Oui	Oui Non	Oui	Oui	Oui
Non	Non	Non		Non		Non	Non	Non

 **L'enfant est-il concerné par un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé –document écrit qui précise les adaptations à apporter à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité dans le cas de situation de handicap, troubles psychiques, maladies chroniques, allergies, etc.) **?**

Oui **Non** **Peut-être**

Si oui, merci de nous fournir une copie du PAI ainsi que le traitement nécessaire (ordonnance + boîte de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Si peut-être, merci de vous rapprocher de la Mairie ou des PEP56 qui vous aiguillerons afin de savoir si un PAI doit être mis en place.

 **L'enfant a-t-il des allergies *?**

Asthmes		Allergies alimentaires		Allergies médicamenteuses		Autres (animaux, pollen...)	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....

Indiquer ci-après les difficultés de santé (situation de handicap, suivit autres, maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

En cas de traitement médical, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, prothèses auditives, appareils dentaires, Etc.. :

.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? **Oui (préciser) :** **Non**

Autorisations **

J'autorise l'utilisation de l'image, la voix et la vidéo, de mon enfant dans le cadre de supports de communication des Pep 56 et de la commune

J'autorise les soins d'urgences ou toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé du mineur

J'autorise mon enfant à rentrer seul de : L'accueil périscolaire (à partir de 7 ans)
 L'accueil de loisirs (à partir de 7 ans)

Informations complémentaires

L'enfant est bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapée (AEEH)

* Entourer la mention correspondante

** Cocher la case correspondante

Je déclare exact ces renseignements et m'engage à les actualiser si nécessaire. Le :/...../.....

Signature :.....