

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

**JOINDRE LES COPIES DES PAGES DU CARNET DE SANTÉ RELATIVES AUX VACCINATIONS.
SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION**

■ Vaccination	Antidiphthérique	Antitétanique	Antipoliomyélitique
DATE DU VACCIN/...../...../...../...../...../.....
DATE DU DERNIER RAPPEL/...../...../...../...../...../.....

■ Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Otite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rubéole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

■ Votre enfant a-t-il des réactions allergiques (asthme, alimentaires), médicamenteuses ou autres ? OUI NON

Si oui, précisez lesquelles :

.....

Vous demandez à ce qu'il bénéficie d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé). OUI NON

P.A.I. Santé : <input type="checkbox"/>	P.A.I. Alimentaire : <input type="checkbox"/>
---	---

■ Repas sans porc

■ Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...) ? OUI NON

Si oui, précisez lesquels, les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

■ Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Si oui, précisez lequel :

.....

JOINDRE UNE ORDONNANCE RÉCENTE
(LES MÉDICAMENTS CORRESPONDANTS SONT À REMETTRE AU RESPONSABLE DE CHAQUE ACTIVITÉ
DANS LEUR EMBALLAGE D'ORIGINE MARQUÉS AU NOM DE L'ENFANT AVEC LA NOTICE)
AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

■ Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, de prothèse dentaire...)

.....

A remplir obligatoirement

Je, soussigné(e),
Madame, Monsieur

en qualité de père mère représentant légal

certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que les documents joints et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à Bois-Colombes, le/...../.....

..... Signature :