

Enfant

Nom : GOMIS

Prénom : PAPYS

Médecin traitant

Nom : DR THAY

☎ :

Personnes à joindre en cas d'urgence

Nom :

☎ :

Nom :

☎ :

Vaccinations

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie | X | | | Coqueluche | |
| Tétanos | X | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | X | | | Hépatite B | |
| Ou DT polio | X | | | BCG | |
| Ou Tétracoq | X | | | Autres (préciser) | |

Renseignements médicaux concernant l'enfant

N° de Sécurité Sociale : 2.83.04.78.401.037.57

1. **Mon enfant est atteint d'une maladie chronique** oui^(*) non^(*)
 si oui : nécessitant un traitement oui^(*) non^(*)
 un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) doit être établi avec le médecin scolaire et joint au dossier
 Type de maladie :

Mon enfant a déjà eu les maladies suivantes :

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | Angine <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non |
| Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | Otite <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | |

2. **Mon enfant a des allergies connues** oui^(*) non^(*)
 si oui : un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) doit être établi avec le médecin scolaire et joint au dossier
 Allergies : alimentaires médicamenteuses autres
 Précisez :

3. **Renseignements complémentaires que vous jugez utiles de communiquer**
 Mon enfant nécessite une attention particulière en raison de :
 Maladie, hospitalisation, opération, accidents récents :
 Précisez :
 Mon enfant porte (*) des lunettes des lentilles
 des prothèses auditives des prothèses dentaires
 autres :

Je soussigné [Nom, Prénom] GOMIS MARTINE,
 responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Le 04/07/2021

Signature

(*) cocher la case correspondante