

*A remplir par les parents ou responsables légaux ; à renouveler chaque année scolaire*

**ENFANT/JEUNE**      Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Lieu : \_\_\_\_\_    Sexe :    F    M

Nom et adresse des parents ou responsables légaux : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    ou \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tél travail  Mme  M : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Tél travail  Mme  M : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Autre personne à prévenir en cas d'urgence (en qualité de, préciser) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_    Tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Informations complémentaires :** mon enfant porte (cocher)

- des lunettes ou lentilles                       des aérateurs transtympaniques (ou yo-yo)                       des prothèses auditives
- des prothèses dentaires,                       autre appareillage, préciser : \_\_\_\_\_

**Vaccinations :**

- Mon enfant présente une /des contre-indication(s) médicale(s) à la vaccination contre la Diphtérie et/ou la Poliomyélite. (joindre le certificat de contre-indication ; la vaccination antitétanique ne présente aucune contre indication)
- Date de la dernière injection du DT Polio (joindre la copie des pages vaccination du carnet de santé ou un certificat médical de vaccinations):

	Date dernière injection
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (obligatoire)	

**Renseignements médicaux :**

*Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention « Secret Médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.*

**Antécédents médicaux et chirurgicaux**

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour  
*par exemple : les allergies alimentaires, ou médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux,...) ou une opération chirurgicale récente*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Avez-vous un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) au sein de l'école de votre enfant ?**    Oui     Non

- Mon enfant a un régime alimentaire particulier (préciser) : \_\_\_\_\_
- Mon enfant est allergique à (préciser) : \_\_\_\_\_
- Autre contre-indication médicale (préciser) \_\_\_\_\_
- Son état de santé lui interdit la pratique du sport (préciser) \_\_\_\_\_

**Nom du médecin traitant :** \_\_\_\_\_    Tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Commune : \_\_\_\_\_

**Médicaments :**

**Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant, sauf sur présentation de l'ordonnance d'un médecin.**

Dans ce cas, les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin. Les nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage

**En cas d'urgence :**

Votre enfant sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté.  
 Une personne de l'équipe d'animation accompagnera votre enfant. Vous en serez prévenu dans les meilleurs délais.  
 Le médecin décidera si nécessaire de pratiquer tous les soins indispensables et éventuellement une intervention d'urgence avec anesthésie  
 Autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.

J'autorise en mon absence, la personne responsable de l'accueil, à accompagner mon enfant sortant de l'hôpital.

**FAIT LE :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    **A :** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE** des parents ou responsables légaux de l'enfant

**DOCUMENTS A FOURNIR** (photocopies) :

- certificat de contre-indication aux vaccinations le cas échéant
- pages de vaccinations du carnet de santé ou certificat médical de vaccination DT Polio