

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	GARCON FILLE
ADRESSE POSTALE :	

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant,).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : Projet d'Accueil Individualisé (PAI) oui non

ASTHME : oui non **MÉDICAMENTEUSES** oui non

ALIMENTAIRES : oui non Quel(s) aliment(s) :

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

REGIMES ALIMENTAIRES (merci d'indiquer si votre enfant à des spécificités alimentaires hors allergies)

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

RESPONSABLE 1 DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE),

DOMICILE : BUREAU :

RESPONSABLE 2 DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE) :

DOMICILE : BUREAU :

Les données personnelles recueillies par le biais de ce formulaire sont requises légalement pour la sécurité de votre enfant. Elles ne font en aucun cas l'objet d'une cession à des tiers. Les données saisies sur ce formulaire sont conservées pour une durée de 2 année scolaire.

Le responsable du traitement est Mme Le Nallio Danielle, présidente de l'association. Les destinataires de ces données sont la direction et les animateurs de l'accueil de loisirs de La Plinguetière.

Vous pouvez demander l'accès à vos données personnelles, la rectification ou l'effacement de celles-ci en vous adressant à : **ACCUEIL DE LOISIRS LA PLINGUETIERE 51 ROUTE DU CHAMP DE FOIRE 44860 ST AIGNAN DE GRANDLIEU**
centredeloisirs@plinguetiere.fr

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date

Signature