

*Veillez compléter toutes les rubriques - (une par enfant)*

**ENFANT**

Nom de l'enfant : .....	Prénom : .....
Né(e) le : ..... / ..... / .....	Sexe : M F    Ecole : ..... Classe : .....

**NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....N° de téléphone : .....**

**VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou certificat de vaccination de l'enfant)**

Vaccins	Date du dernier rappel	Vaccins	Date du dernier rappel
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, coqueluche, haemophilus influenzae b	...../...../.....	Rougeole / oreillons/ rubéole	...../...../.....
Pneumocoque	...../...../.....	Méningocoque C (Menjugate, Neisvac)	...../...../.....
Hépatite B	...../...../.....	Autres vaccinations :.....	...../...../.....

**Votre enfant n'est pas vacciné : Joindre un certificat médical en cas de contre-indication à la vaccination**

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher la case correspondante)

Maladies	OUI	NON	Date	Maladies	OUI	NON	Date
Rubéole			..... / ..... / .....	Otite			..... / ..... / .....
Coqueluche			..... / ..... / .....	Rougeole			..... / ..... / .....
Varicelle			..... / ..... / .....	Scarlatine			..... / ..... / .....
Oreillons			..... / ..... / .....	Rhumatisme			..... / ..... / .....

- L'enfant fait-il l'objet d'une allergie : OUI                       NON

Si OUI : Quelle allergie ? .....

- Conduite à tenir : .....  
.....

- L'enfant bénéficie-t-il d'un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.) ?                      OUI                       NON

Si OUI, fournir l'ordonnance du médecin, les médicaments correspondants (plaquettes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice) et la procédure à suivre auprès du directeur d'école en relation avec la médecine scolaire.

- L'enfant bénéficie-t-il d'une reconnaissance MDPH : OUI                       NON                       EN COURS DE DIAGNOSTIC

- Veuillez nous indiquer :

Les difficultés de santé et les précautions à prendre, les recommandations utiles (lunettes, lentilles de contact, prothèse auditive...)

.....  
.....

Je soussigné(e)....., responsable légal(e) de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'ai bien noté que la facture me serait adressée directement par les praticiens. L'Agglomération de Saintes ne pouvant ni régler, ni rembourser tout ou partie des frais médicaux et ceci, quelle qu'en soit la cause.

Date :

Signature :