

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM DU MEDECIN TRAITANT : Commune.....Tél

VACCINATIONS (fournir **obligatoirement** une copie du carnet de santé)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, **joindre un certificat médical de contre-indication.**

MALADIES (Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes, si oui cochez les cases ?)

RUBEOLE <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/>
ANGINE <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGÜS <input type="checkbox"/>

Prise d'un traitement médical oui Non (fournir une photocopie de l'ordonnance+ le traitement)

ALLERGIES – ASTHME

ASTHME MEDICAMENTEUSES ALIMENTAIRES

AUTRES :

Précisez ci-dessous la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

PAI (Protocole Accueil Individualisé) oui Non (fournir une photocopie+ le traitement)

REGIMES ALIMENTAIRES et INTOLERANCES. non allergiques (ex : sans porc, sans viande...)

RECOMMANDATIONS UTILES précisez si port de lentilles, prothèses auditives ou dentaires etc...

DIFFICULTES DE SANTE Indiquez ci-après maladies, accidents, hospitalisations, opérations, rééducation, crises convulsives, ...en précisant **les précautions à prendre**

Enfant porteur de handicap Oui Non
A-t-il un dossier MDPH ? Oui Non
Bénéficie-t'il de l'AEEH*? Oui Non
*(Allocation Education Enfant Handicapé)

**En cas de notification
MDPH, merci de
transmettre les
documents.**

Je soussigné(e) M. et/ou Mme

Agissant en qualité de Parent 1 Parent 2 A préciser

De l'enfant Nom

Prénom.....

Né(e) le.....

AUTORISE les responsables de la structure à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, consultation, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et m'engage à en payer tous les frais.

DECLARE EXACTS les renseignements portés sur cette fiche et **m'engage** à en signaler toutes modifications à venir,

DECLARE avoir pris connaissance et approuve le règlement de fonctionnement.

A Sainte Pazanne, le

Signature(s)

Précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »)

Parent 1

Parent 2

Autres

Les données collectées sont déclarées auprès de la CNIL conformément à la délibération n° 2015-433 du 10 décembre 2015 portant adoption d'une norme simplifiée relative aux traitements automatisés de données à caractère personnel mis en œuvre par les collectivités territoriales et les personnes morales de droit public et de droit privé gérant un service public aux fins de gérer les services en matière d'affaires scolaires, périscolaires, extrascolaires et de petite enfance (NS-058)