

Nom : Prénom :

Date de naissance : ./../. Sexe : F ☐ M ☐

Vaccins

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite / Coqueluche / Haemophilus / Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque			
ROR (Rougeole / Oreillons / Rubéole)			
Vaccins Recommandés			
BCG			
Autres			

Renseignements médicaux :

L'enfant suit-il un traitement médical Oui ☐ Non ☐

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre ordonnance / PAI récent et les médicaments correspondants pour chaque activité de l'IFAC

Une AEEH (Allocation d'éducation de l'Enfant Handicapé) est-il mis en place ? : Oui ☐ Non ☐

Allergies :

Alimentaire Oui ☐ Non ☐

Asthme Oui ☐ Non ☐

Médicamenteuses Oui ☐ Non ☐

Autre :

Si oui : précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....
.....
.....

Recommandations utiles des parents (lunettes / appareils dentaires et/ou auditifs /comportement...)

.....
.....

Hospitalisation :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Autorise le cas échéant, en cas d'urgence, le(a) responsable de l'établissement d'accueil du jeune enfant ou ses délégués à prendre toutes les mesures nécessaires pour transporter et faire hospitaliser mon enfant.

Date :

Signature :