



➤ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

● **Troubles de la santé**

Allergies Médicamenteuses    Oui     Non   
 (\*) Asthme    Oui     Non   
 (\*) Allergie Alimentaire    Oui     Non   
 (\*) AUTRES.....

(\*) Pour ces troubles de la santé un PAI sera mis en place

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

NOM et téléphone du médecin traitant : .....

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>RUBEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

● **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole-oreillons rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
ou DT Polio		BCG	
ou Tétracoq		Autres (préciser)	

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

**ATTENTION :** Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

● **MDPH**

Avez-vous saisi la MDPH pour votre enfant ?  OUI(\*)     NON

(\*) Si oui, merci de bien vouloir nous transmettre la notification.

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la directrice de l'école, le responsable des services scolaires et périscolaires et la directrice de l'ALAE du mercredi à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage également à apporter des modifications s'il y a lieu dans l'année.

Orgueil, le : .....

Signature des représentants légaux :

En signant ce document, je reconnais déclarer exacts les renseignements portés sur cette fiche, et je m'engage à apporter des modifications, s'il y a lieu, dans l'année.