

01 ENFANT ET PÉRIODE D'ACCUEIL

NOM

PRÉNOM(S)

SEXE

☐ M

☐ F

DATE DE NAISSANCE

DATES / PÉRIODE(S) D'ACCUEIL

LIEU / SITE D'ACCUEIL

ANNÉE D'ACCUEIL

FICHE RENSEIGNÉE OU ACTUALISÉE LE

PAR (NOM DU RESPONSABLE LÉGAL)

02 SITUATION VACCINALE

Joindre une copie ou une attestation - jamais le carnet original

L'admission nécessite un document attestant la situation de l'enfant au regard des vaccinations obligatoires, selon sa date de naissance.

À JOUR :

☐ Oui

☐ Non

☐ Contre-indication médicale

☐ À vérifier par la direction

☐ Copie des pages du carnet de santé

☐ Copie du carnet de vaccination

☐ Attestation médicale

DATE DU DOCUMENT

OBSERVATION / CERTIFICAT DE CONTRE-INDICATION JOINT

03 TRAITEMENT MÉDICAL ET PAI

Aucun médicament ne peut être administré sans ordonnance

TRAITEMENT PENDANT L'ACCUEIL :

☐ Oui

☐ Non

PAI :

☐ Oui

☐ Non

☐ Copie jointe

PATHOLOGIE / INDICATION DU TRAITEMENT

MÉDICAMENT(S)

POSOLOGIE

HORAIRES / MOMENTS DE PRISE

DURÉE / DATES

DATE DU PAI

☐ Traitement programmé

☐ Uniquement en cas de crise

☐ Ordonnance jointe

☐ Doit rester à disposition de l'enfant

☐ Emballage d'origine

☐ Notice fournie

☐ Nom de l'enfant inscrit sur chaque boîte

CONDITIONS D'UTILISATION ET CONDUITE À TENIR EN CAS DE CRISE

04 ALLERGIES ET RISQUES IMMÉDIATS

☐ Aucune allergie connue

☐ Alimentaire

☐ Médicamenteuse

☐ Insecte / latex

☐ Autre

ALLERGÈNE(S), CAUSE(S) OU INTOLÉRANCE(S) À PRÉCISER

☐ Auto-injecteur d'adrénaline fourni

☐ Inhalateur fourni

☐ Autre dispositif d'urgence fourni

SYMPTÔMES POSSIBLES ET CONDUITE À TENIR

05 PATHOLOGIES ET ANTÉCÉDENTS

☐ Aucune difficulté de santé connue ☐ Asthme ☐ Épilepsie / convulsions ☐ Diabète ☐ Cardiaque

PATHOLOGIE CHRONIQUE OU AIGÜE EN COURS / AUTRE DIFFICULTÉ DE SANTÉ

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX, ACCIDENTS, HOSPITALISATIONS, OPÉRATIONS ET DATES

RÉPERCUSSIONS POSSIBLES SUR L'ACCUEIL ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE

06 RECOMMANDATIONS ET BESOINS SPÉCIFIQUES

☐ Aucun ☐ Lunettes / lentilles ☐ Appareil auditif ☐ Prothèse / orthèse ☐ Aide à la mobilité

RECOMMANDATIONS, HANDICAP, AMÉNAGEMENTS, SOMMEIL, ÉNURÉSIE OU AUTRE BESOIN UTILE À L'ACCUEIL

☐ Certificat de non-contre-indication joint pour une activité spécifique ☐ Sans objet

07 RESPONSABLES ET CONTACTS MÉDICAUX

NOM DU RESPONSABLE LÉGAL

PRÉNOM(S)

LIEN AVEC L'ENFANT

ADRESSE PENDANT L'ACCUEIL

MOBILE 1

MOBILE 2

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

LIEN

MOBILE

MÉDECIN TRAITANT (SI UTILE)

TÉLÉPHONE

08 DÉCLARATION ET AUTORISATION D'URGENCE

Je certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler immédiatement toute modification utile à la sécurité de l'enfant.

J'autorise le responsable de l'accueil à solliciter les services d'urgence et à faire prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de santé de l'enfant, conformément aux décisions des professionnels de santé. Je demande à être informé sans délai.

DATE

FAIT À

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL 1

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL 2 (FACULTATIVE)

09 CADRE RÉSERVÉ À L'ÉQUIPE

REÇU LE

REFERENT SANTE

☐ Médicaments reçus

☐ Restitués

☐ Documents restitués