

Nom, prénom de l'élève mineur : _____ Date de naissance : _____

Personnes à joindre en cas d'urgence :

Responsable n°1 : Père / mère * (barrer la mention inutile)

Portable : _____ Domicile : _____ Travail : _____

Responsable n°2 : Père / mère * (barrer la mention inutile)

Portable : _____ Domicile : _____ Travail : _____

Nom et coordonnées du **médecin traitant** (facultatif) : _____

Demande une mise en place d'un **PAI** (Projet d'Accueil Individuel) :

Nous vous invitons à contacter nos services pour tout accompagnement personnalisé.

I – VACCINATION (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

II – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX concernant l'enfant

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

	oui	non		oui	non		oui	non
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant la rencontre : OUI NON

Si **oui**, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**). **Nota Bene** : Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Les personnels affectés au service du CRI Vibrato ne sont pas habilités à administrer de traitements médicamenteux.

III – ALLERGIES :

Asthme : Oui - Non **Médicamenteuses** : Oui - Non **Alimentaires** : Oui - Non

Autres (Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : _____

IV – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...etc. Précisez :

A-t-il des **difficultés de santé** (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation*) en précisant les dates et les **précautions** à **prendre** :

Je soussigné _____, en qualité de _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les autorités compétentes à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____