

**A retourner pour le 3 juillet 2021**

<b>INFORMATIONS</b>	Nom de l'enfant : _____
	Prénom de l'enfant : _____
<b>SANITAIRES</b>	Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M    F
	Nom et prénom du responsable légal : _____

**1-NOM DU MEDECIN TRAITANT :** \_\_\_\_\_  / / / /

**2-VACCINATIONS (obligatoires) :**

*Les 3 premiers vaccins sont obligatoires pour les enfants nés avant 2018  
Et les 11 pour les enfants nés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018*

- |                                                   |                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|
| Diphtérie <input type="checkbox"/>                | Rougeole <input type="checkbox"/>  |
| Tétanos <input type="checkbox"/>                  | Oreillons <input type="checkbox"/> |
| Poliomyélite <input type="checkbox"/>             | Rubéole <input type="checkbox"/>   |
| Coqueluche <input type="checkbox"/>               |                                    |
| Haemophilus influenzae b <input type="checkbox"/> |                                    |
| Hépatite B <input type="checkbox"/>               |                                    |
| Méningocoque C <input type="checkbox"/>           |                                    |
| Pneumocoque <input type="checkbox"/>              |                                    |

Joindre une copie des pages vaccinations du carnet de santé de mon enfant ou une attestation d'un médecin en cas de contre-indication.

**3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

Votre enfant est allergique ? oui  non

Préciser l'allergie : \_\_\_\_\_

Votre enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui  non

Si oui joindre une copie du PAI

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière : maladie, accident, hospitalisation, opération (à préciser en indiquant les dates) : \_\_\_\_\_

Votre enfant porte des lunettes  lentilles de contact  appareil dentaire  autre \_\_\_\_\_

**4-ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP :**

Votre enfant a une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) oui  non

Si oui, la notification prévoit elle un Auxiliaire de Vie Scolaire

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'un établissement spécialisé ? oui  non

Si oui, lequel \_\_\_\_\_

