

<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 : _____
	N° tél : _____

**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 bénéficiaire de l'AEEH oui  non

Si oui fournir l'attestation AEEH

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

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

**5-ASSURANCE DE L'ENFANT (OBLIGATOIRE) :**

Pour toute participation aux activités municipales, l'enfant doit être couvert par une assurance extra-scolaire ou responsabilité civile du foyer en cours de validité

Joindre une copie de l'attestation d'assurance

**6-PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE :**

**Contact 1**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_       professionnel \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A contacter en cas d'urgence       Autorisé à prendre l'enfant en charge

**Contact 2**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_       professionnel \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A contacter en cas d'urgence       Autorisé à prendre l'enfant en charge

**Contact 3**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_       professionnel \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A contacter en cas d'urgence       Autorisé à prendre l'enfant en charge

**7-AUTORISATION ET DECLARATION A COCHER ET SIGNER PAR LE RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

- J'autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités péri ou extra-scolaire proposées par la commune de Grisolles
- Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche. Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.

**Signature obligatoire :**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_