

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : F ☐ M ☐

Vaccins

Vaccins Obligatoires	Oui	Non	Date dernier rappel
Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite / Coqueluche / Haemophilus / Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque			
ROR (Rougeole / Oreillons / Rubéole)			
Vaccins Recommandés			
BCG			
Autres			

Joindre le carnet de vaccinations

Renseignements médicaux :

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui ☐ Non ☐

Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui ☐ Non ☐

Si oui, joindre ordonnance / PAI récent et les médicaments correspondants pour chaque activité de l'IFAC

Une AEEH (Allocation d'éducation de l'Enfant Handicapé) est-il mis en place ? : Oui ☐ Non ☐

Allergies :

Alimentaire Oui ☐ Non ☐

Asthme Oui ☐ Non ☐

Médicamenteuses Oui ☐ Non ☐

Autre :

Si oui : précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

.....

Recommandations utiles des parents (siestes / lunettes / appareils dentaires et/ou auditifs /comportement...)

.....

Hospitalisation :

Je soussigné(e), responsable légal(e) du mineur, autorise la responsable de l'accueil de loisirs à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

En cas d'urgence, j'autorise également la responsable de l'établissement de l'accueil de loisirs IFAC à prendre toutes les dispositions nécessaires, y compris le transport et l'hospitalisation de mon enfant, si son état de santé l'exige.

Date :

Signature :

