

Centre de Jeunesse et d'Activités de Savières (CJAS)

207 Voie de Lettres - 10600 Savières
09.67.11.31.38 06.30.83.65.58
mairiedesavieres@orange.fr

Fiche enfant

Identité

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date naiss :** _____
Sexe : Garçon Fille **Domicile :** Responsable 1 Responsable 2
Préférence manuelle : Droitier Gaucher **Taille :** _____ **Poids :** _____
Établissement fréquenté à la rentrée de septembre : _____ **Classe :** _____

Responsable Légal n°1

Statut : Père Mère Tuteur Autre :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Téléphone Domicile : _____ **Portable :** _____ **Travail :** _____

Responsable Légal n°2

Statut : Père Mère Tuteur Autre :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Téléphone Domicile : _____ **Portable :** _____ **Travail :** _____

Médecin traitant

Nom : _____ **Téléphone :** _____

Adresse : _____

Vaccinations

	Oui	Non	Date du dernier rappel		Oui	Non	Date du dernier rappel
D.T.P. :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pneumocoque :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Méningocoque :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B.C.G. :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
R.O.R. :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Autre (préciser) : _____

Vous devez joindre une copie des pages Vaccinations du carnet de santé. Si des vaccins sont réalisés en cours d'année, merci de nous envoyer une nouvelle copie. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires vous devez joindre un certificat médical de contre-indication.

Groupe sanguin de l'enfant

Groupe : _____ **Rhésus :** _____

Petits bobos

J'autorise le personnel du CJAS à administrer à mon enfant :

Granules Arnica Montana Crème pour les piqûres d'insectes Crème solaire Rien

Maladies

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

Si oui, vous devez 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). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance et autorisation écrite.

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

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Autres : | | |

Problèmes de santé

L'enfant est-il allergique ?

- Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autre (animaux, plantes, pollens...)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez les problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) **de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :**

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : Oui Non

Il est obligatoire d'en informer les responsables et de fournir un protocole officiel clair, lisible et à jour, ainsi que la trousse de soin complète.

Recommandations utiles

Précisez les autres informations que vous jugez utiles de transmettre au sujet de l'enfant : (sieste, port de lunettes, de prothèses auditives ou dentaires, prescription médicale alimentaire, difficultés de sommeil, énurésie nocturne...)

Je soussigné(e),
responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise les responsables du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Lu et approuvé

Fait à

Le

Signature des
responsables
légaux