



Les P'tits Mousses
----- Accueil périscolaire -----

Commune de
mouzillon



Service Enfance Jeunesse Éducation



Les informations de santé relatives à votre enfant

Ce document a pour objectif de veiller à la sécurité et prendre soin de la santé de votre enfant accueilli dans les services périscolaires

NOM - Prénom de l'enfant :	Date de naissance :
----------------------------	---------------------

Responsable légal :

NOM..... Prénom.....

Adresse.....

Code Postal.....Commune.....

N° de Téléphone :

Parent 1 (.....) : ___/___/___/___/___ Parent 2 (.....) : ___/___/___/___/___

1. Les informations obligatoires à nous communiquer

1.1. Les vaccinations obligatoires

Mon enfant est né avant 2018 et est vacciné contre : antidiptérique – antitétanique – antipoliomyélitique

OUI

NON

Mon enfant est né à compter du 1^{er} janvier 2018 et est vacciné contre : antidiptérique – antitétanique antipoliomyélitique X X – coqueluche – infections invasives à Haemophilus influenzae de type b – virus de l'hépatite B – infections invasives à pneumocoque – méningocoque de séro groupe C – rougeole – oreillons – rubéole

OUI

NON

1.2. Les pathologies chroniques ou aiguës en cours (Si oui, coordonnées du médecin traitant obligatoires)

(Les pathologies chroniques sont des maladies permanentes, stables ou évolutives, transmissibles ou non, et qui se caractérisent par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne des patients et de leur entourage. Exemples : diabète, hémophilie, asthme...).

Mon enfant est atteint d'une pathologie chronique ou aigüe :

OUI

NON

1.3. Projet d'Accueil Individualisé (PAI) (Si oui, coordonnées du médecin traitant obligatoires)

Mon enfant est atteint d'une pathologie chronique ou aigüe pour laquelle un PAI est mis en place :

OUI

NON

1.4. Coordonnées du médecin traitant :

1.5. Les antécédents médicaux ou chirurgicaux, ou autres éléments d'ordre médical

Ce sont tous les éléments considérés comme susceptibles de présenter des répercussions sur le déroulement de l'accueil ou du séjour de mon enfant.

(Exemples : Les allergies et intolérances alimentaires - Les difficultés de santé et les précautions à prendre : fragilité particulière, fracture récente, énurésie régulière ou occasionnelle, problèmes digestifs, dysménorrhée, risques de crampes... - Les ports divers : lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, lentilles...)

.....

.....

.....

.....

2. Les informations facultatives que vous souhaitez nous communiquer

2.1. Les informations complémentaires

Ces informations peuvent améliorer la prise en charge d sont les informations qui peuvent aider au diagnostic médical si la santé de votre enfant se dégrade pendant l'accueil (fièvre, douleurs, malaise...), régime alimentaire, les autres informations qui permettront d'apporter du bien-être et du confort, en lien avec les besoins de votre enfant : rituels d'endormissement, phobies, compétences et inquiétudes de votre enfant en lien avec les activités (ex : animaux, baignades, alimentation...), hypersensibilité au bruit, etc...

.....

.....

.....

.....

.....

2.2. Port de lunettes

Mon enfant porte des lunettes de vue au quotidien : OUI NON

3. Autorisation d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale

J'autorise le responsable de l'activité en cours ou du séjour à prendre le cas échéant toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant

OUI NON

Fait à.....

Signature du responsable légal

Le.....