

## Fiche enfant 2025-2026

(Une fiche par enfant à remplir)

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Lieu de naissance :

Département :

Sexe : F ☐ M ☐

Classe :

Régime alimentaire : Standard : ☐ Sans viande : ☐ Sans porc : ☐

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- **Protocole d'accueil individualisé (PAI)** à prévoir : ☐ OUI ☐ NON

- **Vaccinations** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie            |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
| Tétanos              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| <b>Ou</b> DT polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                            |                            |       |
| BCG                  |     |     |                            |                            |       |

Joindre une copie du carnet de vaccination

SI L'ENFANT N'A PAS DE VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE INDICATION

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

RUBEOLE : OUI ☐ NON ☐

OREILLONS : OUI ☐ NON ☐

ANGINE : OUI ☐ NON ☐

SCARLATINE : OUI ☐ NON ☐

OTITE : OUI ☐ NON ☐

COQUELUCHE : OUI ☐ NON ☐

ROUGEOLE : OUI ☐ NON ☐

VARICELLE : OUI ☐ NON ☐

RHUMATISME ARTICULAIRE AÏGU : OUI ☐ NON ☐

- **Allergies :**

ASTHME OUI ☐ NON ☐

ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐

MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
.....

- **Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez.

.....  
.....

- **Les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **en précisant les dates et les précautions à prendre.**

.....  
.....  
.....

- **Nom et téléphone du médecin traitant** (facultatif)

.....

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? OUI ☐ NON ☐

Si oui 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*)

Fait à : ..... Le : .....

Signature (s) :