

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			

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-elle mise 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)....., agissant en qualité de responsable légal autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de

J'autorise le cas échéant, en cas d'urgence, le(a) responsable de l'établissement d'accueil ou ses délégués à prendre toutes les mesures nécessaires pour transporter et faire hospitaliser mon enfant.

Date :

Signature :