

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

2020-2021

Garderie Dolto lassagne

Accueil Collectif de Mineurs

VOTRE ENFANT	
NOM	
PRENOM	
DATE NAISSANCE	
SEXE (entourez)	GARCON FILLE
CLASSE / ECOLE	

RESPONSABLES LEGAUX		
	MERCİ DE REMPLIR LES COORDONNEES DES 2 PARENTS	
	MERE OU TUTEUR	PERE OU TUTEUR
NOM		
PRENOM		
TEL FIXE		
PORTABLE		
EN CAS D'URGENCE Nom de la personne + téléphone		
N°ALLOCAIRE CAF		
N° SECURITE SOCIALE		

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINATIONS (photocopies des vaccins obligatoires)

VACCINS OBLIGATOIRES			VACCINS RECOMMANDES		
	OUI	NON	Dates des derniers rappels		Dates des derniers rappels
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				ROR	
Poliomyélite				Coqueluche	

RESEIGNEMENTS MEDICAUX

Maladies déjà contractées	OUI	NON	VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? (entourez)	OUI	NON
Otite			<i>Si oui, Précisez (puis joindre ordonnance et médicaments)</i>		
Varicelle					
Angine					
Asthme					
Coqueluche					
Oreillons					
Rhumatisme			AUTRES INFORMATIONS MEDICALES	OUI	NON
Rougeole			Port de lunettes		
Rubéole			Port de prothèses auditives		
Scarlatine			Port de prothèses ou appareil dentaire		

Allergies :

Asthme

Alimentaires

Médicamenteuses

Autres :

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

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en cours ? (entourez)

OUI

NON

Indiquez ci-après : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre

AUTORISATIONS

Indiquer toutes les personnes habilitées à récupérer l'enfant en dehors des responsables légaux : (L'équipe se réserve le droit de demander une pièce d'identité)

NOM et Prénom :

Lien avec l'enfant :

Je soussigné(e),

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence **seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**

Date :

Signature :



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DU RHÔNE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DE LA COHÉSION SOCIALE

