

Hôtel de Ville
Place de l'Hôtel de Ville
93420 Villepinte
Tél. : 01 41 52 53 00
Mail : courrier@ville-villepinte.fr
www.ville-villepinte.fr

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles aux équipes d'encadrement

NOM DE L'ENFANT : **PRENOM** :

Né(e) le/...../..... **Age** : ans **Poids** : kg **Sexe*** : Féminin - Masculin

Etablissement Scolaire : **Classe** :

1. VACCINATIONS

DATE DU DERNIER RAPPEL DTP (diphtérie/tétanos/poliomyélite) :/...../.....

2. MALADIES

L'enfant a-t-il déjà eu ?

ANGINES*	OUI NON	RHUMATISMES*	OUI NON	SCARLATINE*	OUI NON
OTITES*	OUI NON	COQUELUCHE*	OUI NON	ROUGEOLE*	OUI NON
ASTHMES*	OUI NON	OREILLONS*	OUI NON	CONVULSIONS	OUI NON
RUBEOLE*	OUI NON	VARICELLE *	OUI NON		

Autres :

ALLERGIES* OUI NON A quoi ?
.....

3. INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS

APPENDICITE* OUI NON AUTRES OPERATIONS :
.....

REEDUCATION :

HOSPITALISATIONS (dates et motifs) :
.....

* Rayer les mentions inutiles

Tournez la page S.V.P.

4. ETAT DE SANTE DE L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement ? : OUI NON Si oui, lequel :

Devra-t-il suivre un traitement ?* : OUI NON

(Dans ce cas veuillez vous rapprocher du service afin de définir un Protocole d'Accueil Individualisé)

L'enfant viendra-t-il sur les activités avec :

Une prothèse dentaire* : OUI NON Quand doit-il la porter ?

Des lunettes* : OUI NON Quand doit-il les porter ?

Autres :

5. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Ces renseignements sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant :

6. AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

demeurant :

N° de Sécurité Sociale :

Eventuellement Mutuelle :

Nom et tél. Du médecin traitant.....

Je soussigné(e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable ou l'animateur à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Agissant en qualité de * Père - Mère - Tuteur légal

Fait à le

Signature :