

## ENFANT

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE: ..... NOM DU MÉDECIN TRAITANT ..... Tel. ....  
 Autorisation de rentrer seul OUI  NON   
 Autorisation de filmer ou photographier votre enfants : OUI  NON  (à destination de la communication interne de l'ACM)

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....  
 TÉLÉPHONES (portable, fixe, bureau) : .....

## AUTRES PERSONNES A CONTACTER (autres que le responsable de l'enfant)

Nom	Prénom	Téléphone	Prévenir en cas d'urgence (Oui / Non)	Habilité-e à récupérer l'enfant (oui/non)

## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS	oui	non	DATES DU DERNIER RAPPEL (Jour-mois-année)	VACCINS	DATES DU DERNIER RAPPEL (Jour-mois-année)
<i>Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche (DTPC)</i>				<i>Infections invasives à Haemophilus Influenzae B</i>	
<i>Méningocoque (séro-groupe C)</i>				<i>Rubéole-Oreillons-Rougeole</i>	
<i>Hépatite B</i>				<i>Infections invasives à pneumocoque</i>	
<i>Autres (préciser)</i>				<i>Autres (préciser)</i>	

L'ENFANT A-T-IL UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.) ? OUI  NON

**Si OUI merci de fournir le document complet.**

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES (médicaments, alimentaires) ? OUI  NON

CAUSES	MESURES À PRENDRE & SIGNES VISIBLES

L'ENFANT A-T-IL DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (asthme, maladie, accident, crises convulsives, opérations, etc.) ? OUI  NON

DIFFICULTÉS/ ANTÉCÉDENTS	MESURES À PRENDRE & SIGNES VISIBLES

## RECOMMANDATIONS UTILES (régime alimentaire, dyslexie, port de lunettes, prothèses dentaires, etc.) ?

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

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

Date :

Signature :