

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ACCUEIL JEUNES

VOTRE ENFANT :

Nom:.....

Prénom:.....

TRAITEMENT MEDICAL :

Oui Non

Si oui, joindre le PAI

Pour un traitement ponctuel il est demandé au parents de se rapprocher de la direction

ALLERGIES :

Asthme Oui Non

Médicamenteuse Oui Non

Alimentaire Oui Non Si oui : Sans Porc Sans viande

Autre, préciser

Alimentaire Oui Non

Autre :.....

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

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

PAI (projet d'accueil individualisé) Joindre le document

DIFFICULTES DE SANTE : Informations qu'il vous semble utile de nous fournir

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et précautions à prendre.

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

Nom du medecin traitant :

N° de téléphone :

Je consens à l'utilisation de ces données en cas de maladie ou accident

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de : Lunettes, Lentilles, Prothèses auditives, Prothèses dentaires, chaussures

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

Je soussigné(e) responsable légal 1 de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

En accord avec l'article 372-2 du code civil "à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant".

Nom: Prénom: Date:/...../.....
Signature :

Je soussigné(e) responsable légal 2 de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Nom: Prénom: Date:/...../.....
Signature :

DOCUMENT A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Photocopie du carnet de vaccination

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

GARDERIE / CENTRE DE LOISIRS

VOTRE ENFANT :

Nom:.....

Prénom:.....

TRAITEMENT MEDICAL :

Oui Non

Si oui, joindre le PAI

Si ponctuel, demander si cela est possible auprès de la directrice et fournir l'ordonnance

ALLERGIES :

Asthme Oui Non

Médicamenteuse Oui Non

Alimentaire Oui Non Si oui : Sans Porc Sans viande

Autre, préciser

Alimentaire Oui Non

Autre :.....

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

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

PAI (projet d'accueil individualisé) Joindre le document

DIFFICULTES DE SANTE : Informations qu'il vous semble utile de nous fournir

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation... en précisant les dates et précautions à prendre.

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

Nom du medecin traitant :

N° de téléphone :

Je consens à l'utilisation de ces données en cas de maladie ou accident

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de : Lunettes, Lentilles, Prothèses auditives, Prothèses dentaires, chaussures orthopédiques ... Précisez

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

Je soussigné(e) responsable légal 1 de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

En accord avec l'article 372-2 du code civil "à l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant".

Nom: Prénom: Date:/...../.....

Signature :

Je soussigné(e) responsable légal 2 de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Nom: Prénom: Date:/...../.....

Signature :

DOCUMENT A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Photocopie du carnet de vaccination