



## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Médecin traitant : Nom :** ..... **Téléphone** .....

**Adresse :** .....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

<b>VACCINS OBLIGATOIRES – Date du dernier vaccin fait</b>			
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)			
<b>VACCINS RECOMMANDES – Date(s) des derniers vaccins faits</b>			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*		BCG	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Haemophilus*		Influenza b*	
Méningocoque C*		Pneumocoque*	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

\*Vaccins obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018

## **MALADIES**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole		Varicelle		Angines		Coqueluche		Asthme	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Oreillons		Otites		Rougeole		Scarlatine		Rhumatismes	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

## **INTOLERANCES ET/OU ALLERGIES**

L'enfant a-t-il déjà eu une intolérance ou une allergie suivantes ?

→ Alimentaire  Oui  Non

→ Médicamenteuse  Oui  Non

→ Autres (animaux, acariens, pollen, ...)  Oui  Non

Si oui, précisez la cause (en cas d'allergie alimentaire, mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) obligatoire)

## **AUTRES**

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre, d'éventuels soins à apporter et/ou la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? (Handicaps, hospitalisations, opérations chirurgicales, maladies, accidents, crises convulsives, TDAH, DYS, asthme, port de lunettes, autres ...)

Oui  Non

**Recommandations des parents :** .....

*Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.*

## **FACTURATION**

En cochant cette case, je demande que la facture me soit transmise par courriel

En cas de prélèvement automatique mis en place sur l'année scolaire précédente, le renouvellement sur l'année scolaire en cours est automatique. Pour tout changement, veuillez contacter le/la Directeur (trice) du centre.

## **ENGAGEMENT AU REGLEMENT INTERIEUR**

Nous soussignons ..... responsable de l'enfant, adhérons gratuitement à l'association OPAL en tant que membres usagers (résiliation possible sur demande écrite) et déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil, du projet pédagogique et les approuvons sans aucune restriction.

**Fait à** ..... , **le** ..... **Signature :**