

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Régime ou allergie alimentaire

- Sans Viande
- Autre préciser* :
*sans porc, sans lait,
- PAI (A transmettre obligatoirement)

Allergies :

- asthme : oui non
- Autre : _____

Préciser la cause de l'allergie et les conduites à tenir. (Si automédication, le signaler).

Difficultés de santé :

Maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation....en précisant les précaution à prendre.

Autres informations :

lunettes, lentilles, prothèses dentaires, auditives.....

Responsable de l'enfant

Nom :

Prénom :

Numéros de téléphone

Parent 1

Parent 2

Domicile

Portable

Travail

Médecin traitant : _____

Tel médecin : _____

Bénéficiaire AEEH oui non

Reconnaissance MDPH

Traitement médical : oui non

VACCINATION

Vaccin Obligatoire

Dates de vaccination

Pour les mineurs nés à partir

Dates de vaccination

pour tous les mineurs

de janvier 2018

D T P O L I O	T E T R A C O Q	Diphtérie		Rubéole	
		Tétanos		Oreillon	
		Poliomyélite		Rougeole	
		Coqueluche		Infections invasives et Haemophilus influenzae	
				Contre les infections invasives à pneumocoque	
				Contre le méningocoque de sérogroupe C	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoire, joindre un certificat médical de contre indication. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre indication.

N° de sécurité sociale :

- Atteste de l'ensemble des données de la fiche d'inscription sanitaire.
- Vaut pour acceptation du règlement intérieur des ACM de

Signature du représentant :

Année 2025

Année 2026

Date :

Date :