

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024-2025

Valable du 08/07/2024 au 31/08/2025

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE: _____

Ecole et Classe : _____

GARÇON FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle sera détruite en fin d'année 2025. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATIONS (joindre la copie des pages du carnet de santé relatives à la vaccination)

Vaccins à jour : oui non

Rappels :

VACCINS OBLIGATOIRES	Diphtérie	VACCINS obligatoires pour les enfants nés après le 1er janvier 2018	Hépatite B
	Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole
	Poliomyélite		Coqueluche
	Ou DT polio		Bactérie Haemophilus influenza
	Ou Tétracoque		Méningocoque C
			Pneumocoque

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Allergies : **ASTHME** oui non **ALIMENTAIRES** oui non **MEDICAMENTEUSES** oui non

AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir.

L'enfant bénéficie-t-il d'un protocole d'accueil individualisé (P.A.I.) ? OUI NON (si OUI, fournir le P.A.I.)

L'enfant bénéficie-t-il de l'AAEH : OUI NON

Indiquez ci-après :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

Votre enfant a-t-il, dans la vie quotidienne des habitudes, rituels, activités qu'il affectionne et/ou qui le rassure ? Précisez.

Est-ce qu'il arrive à votre enfant d'être en difficulté ? Peut-il avoir des inquiétudes récurrentes, des angoisses ? Lui arrive-t-il de faire des crises ?

Eléments déclencheurs (sensoriels, environnement, liens aux autres...) :

Signe(s) de repérage, manifestation :

Comment y répondre dans ces moments-là

Votre enfant a-t-il des particularités alimentaires : problèmes avec certains aliments, la texture des aliments, la couleur, température... ?

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE **SANS PORC**

Autres recommandations utiles :

BAIGNADE : SAIT NAGER (=possibilité de nager en zone profonde)
SE DEBROUILLE (=pas de brassards en zone peu profonde)
NE SAIT PAS NAGER (=brassards)

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e), _____ (téléphone: _____) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél: _____

En tant que responsable(s) de l'enfant, autorisez-vous l'équipe à se mettre en lien avec d'autres personnes et professionnel-le(s) connaissant l'enfant pour échanger sur les meilleurs aménagements possibles pour lui :

- L'école : oui non Contact :
- Structure médico-sociale : oui non Contact :
- Professionnel-le (s) du soin (orthophoniste, psychologue...) : oui non Contact(s) :
- Autre : oui non Contact :

Date :

Signature :