

Renseignements médicaux



Joindre une photocopie lisible des pages vaccinations du carnet de santé et l'assurance responsabilité civile en cours de validité

Médecin traitant _____ N° de Tél : _____

Adresse _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Port de lunettes OUI Précisez : _____ NON

Prothèse dentaire OUI Précisez : _____ NON

Prothèse auditive OUI Précisez : _____ NON

Autre _____

RÉGIME ALIMENTAIRE :

Normal Repas sans viande Repas sans porc

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES : OUI (Merci de fournir le P.A.I.) NON

Asthme OUI Précisez : _____ NON

Médicamenteuse : _____

Alimentaire : _____

Autre : _____

(Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir)

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL : NON OUI au centre à la maison

Si OUI (au centre), joindre la photocopie de l'ordonnance médicale 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.

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole Coqueluche Varicelle Rougeole Otite Scarlatine Oreillons

- ◆ Déclarons avoir pris connaissance des conditions matérielles d'accueil de notre enfant par le service Enfance de la CCPOH et certifions qu'il est actuellement apte à y séjourner, à y pratiquer les activités et les sorties.
- ◆ Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les responsables de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.
- ◆ S'engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale.

A _____, le ____/____/____/ mention « lu et approuvé »
Signature des représentants légaux