

# 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 :

<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	Diphtérie	<b>VACCINS obligatoires pour les enfants nés après le 1er janvier 2018</b>	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 ?

---

Éléments 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 : \_\_\_\_\_