

Multi-accueil Les Premiers Sapins
Année du 01/09/2021 au 31/08/2022

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Sexe : F M

Date de naissance : / /

Médecin traitant :

Nom : Tél. du cabinet :

Adresse :

Vaccinations :

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé.

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

Traitement médical :

L'enfant suit-il un traitement médical Oui Non

INFORMATIONS MEDICALES


P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) : Oui (si déjà rédigé, nous le fournir.) Non

Allergies :

Alimentaires : Oui Non

Médicamenteuses : Oui Non

Autres : Oui Non


 En cas de réponse positive, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Problèmes médicaux particuliers :

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Non Oui. Si oui, lesquels : (ajouter au dos si nécessaire)

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné, déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et :

	Autorise :
Paracétamol sirop (en cas de fièvre supérieure à 38°5C)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Arnica gel (à partir de 12 mois) (en cas de coups ou bosses)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Arnica granules homéopathiques (en cas de coups ou bosses)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
En cas d'érythème fessier :	
Crème Eryplast	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Crème Cicalfate	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Crème pour change Liniment	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

En cas d'urgence pour mon enfant, en mon absence et sous réserve d'en être informé le plus rapidement possible, **j'autorise** les professionnelles de la crèche à contacter un service d'urgence (SAMU, Pompiers...) afin que puisse être réalisée toute démarche nécessaire : transfert à l'hôpital, hospitalisation, intervention chirurgicale.

Fait à : Le :

Signature du père ou de la mère*
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du père ou de la mère*
Précédée de la mention « lu et approuvé »

* Entourer votre choix