

## FICHE ACCUEIL ENFANT EN STRUCTURE COLLECTIVE

**EAJE**

**Année du 01/09/2023 au 31/08/2024**

**L'ENFANT :**

NOM : ..... Prénom : .....

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom : ..... Tél. du cabinet : .....

Adresse : .....

**VACCINATIONS :**

J'atteste que mon enfant a reçu les vaccins indispensables pour son accueil en structure collective.

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé (à télécharger dans le portail familles.)

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

**AUTORISATIONS PARENTALES :**

Je soussigné ....., déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et autorise l'équipe à utiliser les produits suivants pour mon enfant :

|   |   |
|---|---|
| <b>Médicament (notre protocole d'administration est validé par un médecin et l'équipe éducative est formée à l'administration du paracétamol par le référent santé)</b> | Autorise :  |
| Paracétamol sirop (en cas de fièvre supérieure à 38°5C et mal tolérée)  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

| Produits non médicamenteux   |   |
|--|---|
| 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 |
| Cicabio (dès la naissance) (en cas de coups ou bosses)             | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Désinfectant Biseptine (en cas de petite plaie et selon protocole) | <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 Bepanthène   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Crème solaire Avène 50+  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Prise de température par voie rectal                               | <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.

*La signature du document « validation numérique du dossier administratif » vaut signature du présent document.*