

ALAC FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2019 - 3/10 ans

Nom de l'enfant : Prénom :
 Date de naissance :/...../..... Ecole fréquentée :
 Adresse du domicile de l'enfant :
 Code Postal : Ville :

<u>Représentant légal 1*</u>	<u>Représentant légal 2*</u>
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse si différente :	Adresse si différente :
Portable : ____/____/____/____/____	Portable ____/____/____/____/____ Email : :
Email :@.....@.....
<u>Activité professionnelle*</u>	<u>Activité professionnelle*</u>
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Numéro de téléphone : : ____/____/____/____/____	Numéro de téléphone : : ____/____/____/____/____
Autorité parentale conjointe : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, exercée par : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère (joindre le justificatif)	

VACCINS OBLIGATOIRES*	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Protocole d'Accueil Individualisé ? oui non

Si oui, joindre impérativement le PAI correspondant (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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES (animaux, plantes, pollen....) oui non
 Si oui précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (information sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? oui non

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU DEJA LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Je déclare que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à prévenir l'Alac de toute modification.
 Je déclare avoir pris connaissance et j'accepte les conditions générales d'accueil.

Fait à : le : ____/____/2019

***Nom, prénom et signature :**

* champs obligatoires pour valider le dossier l'inscription