

Renseignements indispensables : tous les champs ci-dessous sont obligatoires

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....: Sexe :  F  M

Année scolaire 2021-2022 : Etablissement scolaire : ..... Niveau scolaire : .....

Adresse et appt du domicile de l'enfant : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom et prénom : .....	Nom et prénom : .....
Adresse si différente : .....	Adresse si différente : .....
Portable : ____/____/____/____/____	Portable ____/____/____/____/____
Téléphone professionnel : __/__/____/____/____	Téléphone professionnel : __/__/____/____/____

Autorité parentale conjointe :  oui  non Si non, exercée par :  père  mère  
(joindre le justificatif)

L'ALAC décline toutes responsabilités en cas d'incidents consécutif à une non information.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES : si oui, précisez la cause de l'allergie

ASTHME  oui  non \_\_\_\_\_ MEDICAMENTEUSES  oui  non \_\_\_\_\_ALIMENTAIRES  oui  non \_\_\_\_\_ AUTRES (animaux, plantes, pollen....)  oui  non \_\_\_\_\_Y-a-t-il des préconisations particulières à prendre en regard de ces allergies ?  oui  non

Si oui, précisez les signes évocateurs et la conduite à tenir : .....

Y-a-t-il nécessité de mettre en place des conditions d'accueil particulières ?  oui  nonL'enfant souffre-t-il d'énurésie ?  oui  nonL'enfant 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  nonRégime alimentaire :  sans viande  sans porc  autre : .....Protocole d'Accueil Individualisé ?  oui  non  Enfant bénéficiaire A.E.E.HSi 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.

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

L'ENFANT A-T-IL 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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

Nom, prénom et signature :