

#### 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

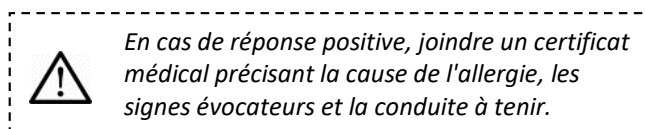
**P.A.I** (Protocole d'Accueil Individualisé) :  Oui *(si déjà rédigé, nous le fournir.)*  Non

#### Allergies :

Alimentaires :  Oui  Non

Médicamenteuses :  Oui  Non

Autres :  Oui  Non



#### 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
Apis mellifica en cas de morsure / piqure d'insectes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lavage de nez : serum physiologique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Lavage oculaire : <i>dacudose/dacryoserum</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prévention : Crème solaire : <i>nivéa sun 50</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
En cas d'érythème fessier : Crème <i>biolane</i>	<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 »

---

*Les données collectées ont pour but l'organisation et la gestion de l'accueil en EAJE. Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 06-01-78, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant.*