

**INFORMATION DE L'ELEVE :**

**Nom:** \_\_\_\_\_

**Prénom:** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sexe :**  F  G

**Ecole:** \_\_\_\_\_

**Classe à la rentrée :** \_\_\_\_\_

**SANTE DE L'ENFANT** Votre enfant présente t'il :

<input type="checkbox"/> Une allergie médicamenteuse	<input type="checkbox"/> De l'asthme
<input type="checkbox"/> Une allergie alimentaire	<input type="checkbox"/> Un traitement médical en cours
<input type="checkbox"/> Un autre besoin de santé particulier : _____	

**PRECISIONS (les allergies et autres, ...)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

**ATTESTATIONS ET AUTORISATIONS**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus :

- Certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche.
- M'engage à informer le service enfance et jeunesse de toute modification intervenant en cours d'année.
- Autorise les responsables des accueils périscolaires et extrascolaires de la commune de Sillingy à prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant, y compris au recours des services d'urgence.

**SIGNATURES**

Signatures du représentant légal 1 :

**VACCINATIONS OBLIGATOIRE:**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATE INJECTION/ RAPPEL
DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITE (DTP)	___/___/___
COQUELUCHE	___/___/___
HOMOPHILUS INFLUENZAE B	___/___/___
HEPATITE B	___/___/___
PNEUMOCOQUE	___/___/___
MENINGOCOQUE C	___/___/___
ROUGEOLE OREILLONS RUBEOLE (ROR)	___/___/___

- Mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires (Joindre la photocopie du carnet de vaccination)
- Mon enfant bénéficie d'une contre-indication médicale (merci de joindre un justificatif)
- Mon enfant a un PAI (fournir le document)