

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

Cette feuille est à remplir même si le carnet de santé accompagne l'enfant.

Elle est destinée à apporter les éléments indispensables au médecin qui serait appelé par l'assistante maternelle, en cas d'urgence.

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Sexe : Fille Garçon Né(e) le \_\_\_\_\_

### Coordonnées des parents :

PERE (NOM Prénom) :

Adresse :

Tél domicile :

Tél portable :

MERE (NOM Prénom) :

Adresse :

Tél domicile :

Tél portable :

### Coordonnées de l'assistante maternelle :

Confié à (NOM Prénom) : LOMBARD Claire

Adresse : 522 rue Mathieu Marmonier

38110 LA CHAPELLE DE LA TOUR

Tél domicile : 04 74 83 33 49

Tél portable : 06 82 37 05 01

### ANTECEDENTS :

Allergies médicamenteuses :  OUI  NON

Si oui précisez : \_\_\_\_\_

Allergies alimentaires :  OUI  NON

Si oui précisez le régime particulier : \_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin (éventuellement) \_\_\_\_\_

Renseignements complémentaires : \_\_\_\_\_

### Vaccinations :

#### Enfants nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018

- Diphtérie, tétanos, polio :

Dates : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Enfants nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018

- DTP, coqueluche, Haemophilus influenzae type B, hépatite B, méningocoque C, pneumocoque, ROR :

Dates : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ATTENTION : L'absence de vaccination ou le non-respect du calendrier vaccinal entrainera le refus ou l'arrêt de l'accueil de l'enfant après un délai de trois mois pour permettre aux parents de se mettre en conformité.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin traitant