

<p>INFORMATIONS</p> <p>SANITAIRES</p>	Nom de l'enfant : _____
	Prénom de l'enfant : _____
	Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M <input type="checkbox"/> - F <input type="checkbox"/>
	Titulaire de l'autorité parentale OUI <input type="checkbox"/> - NON <input type="checkbox"/>
	Nom et prénom des titulaires de l'autorité parentale : _____ _____
	Autres _____

1 – NOM DU MEDECIN TRAITANT _____ ☎ ____/____/____/____/____

2 – VACCINATIONS (OBLIGATOIRES) - (se référer au carnet de santé de l'enfant) :

Les 3 premiers vaccins sont obligatoires pour les enfants nés avant 2018
et les 11 pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018

	A jour			
Diphtérie	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Tétanos	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Poliomyélite	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae B	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Rougeole oreillons rubéole	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Méningocoque C	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Pneumocoque	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
Autres vaccins : :	_____			

Je joins une copie des pages vaccinations du carnet de santé de mon enfant ou une attestation d'un médecin en cas de contre-indication pour toute inscription à un séjour avec nuitée(s). Le Service Communal Hygiène et Santé de la mairie de Toulouse peut être amené à me contacter dans le cadre du suivi vaccinal de mon enfant.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT *

Votre enfant est allergique ? oui non

Préciser l'allergie : médicamenteuse alimentaire asthme autre _____

Votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui non

- si oui, transmettre le protocole au Service Communal Hygiène et Santé – 17 place de la Daurade – 31000 TOULOUSE

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière : maladie, accident, hospitalisation, opération (à préciser en indiquant les dates) :

Votre enfant porte t-il des lunettes lentilles de contact appareil dentaire ? autre _____

4 – ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP

Votre enfant a t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) oui non

- si oui, la notification prévoit-elle un Auxiliaire de Vie Scolaire ?

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'un établissement spécialisé ? oui non

si oui, lequel ? _____

* En cas de pratique d'activités physiques à risque (plongée subaquatique, vol aérien et vol libre), un certificat médical de non contre-indication devra être fourni obligatoirement.

5 – ASSURANCE DE L'ENFANT (OBLIGATOIRE)

Pour toute participation aux activités municipales proposées par les services organisateurs rattachés au DUI (Dossier Unique Interactif), l'enfant doit être couvert par une assurance extra scolaire ou responsabilité civile du foyer en cours de validité.

Compagnie _____ n° police d'assurance _____ fin de validité ____/____/____

Vous avez tout intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent s'exposer vos enfants en participant aux activités proposées par la Ville de Toulouse et le CCAS.

6 – PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

Les contacts mentionnés doivent correspondre à des personnes facilement joignables et rapidement mobilisables.

Un maximum de 3 contacts est demandé, **en dehors du ou des parents de l'enfant déjà mentionnés sur le dossier.**

CONTACT 1

Nom _____ Prénom _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant

Lien _____

 _____  _____  professionnel _____

CONTACT 2

Nom _____ Prénom _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant

Lien _____

 _____  _____  professionnel _____

CONTACT 3

Nom _____ Prénom _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé à venir chercher l'enfant

Lien _____

 _____  _____  professionnel _____

7 – AUTORISATION ET DECLARATION A COCHER ET SIGNER PAR LE(S) REPRESENTANT (S) DE L'AUTORITE PARENTALE

- J'autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.*
- Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche. Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.*

Signature(s) obligatoire(s) (d'un ou des titulaires de l'autorité parentale)* : _____ **Date** ____/____/____

Pour toute fiche individuelle non signée, le DUI sera retourné en intégralité