

Nom de l'enfant :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse de l'enfant :

INFORMATIONS MÉDICALES CONCERNANT VOTRE ENFANT

À destination de la direction, du référent santé et accueil inclusif de l'établissement permettant une prise en charge optimum de votre enfant dans le cadre de la prévention précoce :

Déroulement de la grossesse :

Déroulement de l'accouchement :

À la naissance : Poids : Taille : Périmètre Crânien :

- Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des problèmes de santé ?
- Votre enfant a-t-il déjà eu des réactions allergiques (médicamenteuses, alimentaires...) ? Si oui, lesquelles (joindre un certificat médical) :
- A-t-il déjà été opéré ? Si oui, indiquer la date et la nature de l'opération :
- A-t-il une maladie chronique ? Si oui, joindre un certificat médical indiquant la conduite à tenir :
- A-t-il déjà eu des bronchiolites ou des crises d'asthme ? Si oui, a-t-il un traitement de fond ?
- A-t-il déjà eu des convulsions (date, fréquence, circonstances...) ?
- Est-ce que votre enfant prend des médicaments au quotidien ? Si oui, merci de préciser lesquels ?
- Autre(s) information(s) que vous estimez nécessaire pour la prise en charge globale de votre enfant :

Veuillez tenir informé la direction ou le personnel médical de la structure de tout élément nouveau, significatif (d'ordre médical) nécessaire à la prise en charge de votre enfant.

Je soussigné(e),

autorise les membres de l'équipe à administrer des médicaments prescrits pour mon enfant et m'engage à respecter les conditions citées sur le règlement de fonctionnement.

certifie avoir déjà eu une ordonnance de doliprane pour mon enfant et autorise les membres de l'équipe à donner (en cas de fièvre supérieure à 38,5°) du doliprane à mon enfant en fonction de son poids.

MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT (Nom, adresse et coordonnées téléphoniques/mail) :

SIGNATURE DES
REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

Parent 1

Parent 2