



Picardie Verte  
Communauté de Communes

# FICHE ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... A : .....

Né(e) à ..... semaines d'aménorrhée

## INFORMATIONS SANITAIRES

**Médecin traitant** : Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

<b>Vaccinations :</b>	1 <sup>ère</sup> injection	2 <sup>e</sup> injection	3 <sup>e</sup> injection	Rappel
1 – Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, haemophilus influenzae B				
2 – Hépatite (Hengerix/HBvax, Infanrix/hexa)				
3 – ROR				
4 – Pneumocoque (Prévenar)				
5 – Neisvac (Neisseria meningitidis Séro groupe C)				
6 – Autres :				

### Allergies :

• **Médicamenteuse** :  suspectée  certaine Date : / /

Nom du médicament : .....

.....

• **Alimentaire** :  suspectée  certaine Date : / /

Aliment (ou allergène) en cause : .....

.....

• **Affectation au long cours (asthme, épilepsie, convulsions...):**

Nom de la pathologie : ..... Date d'apparition : / /

Protocole mis en place (à fournir signé par le médecin) : .....

.....

Nom du médecin référent : .....

### Régime alimentaire :

sans porc  sans poisson  sans viande  sans gluten

Autre : .....

### SOINS PARTICULIERS

L'équipe peut être amenée à effectuer des soins spécifiques à l'enfant au cours de la journée. Ils ne pourront être réalisés qu'avec l'autorisation des parents :

Je soussigné, ....., responsable de l'enfant ..... autorise le personnel de la structure à :

- Appliquer de la pommade Mytosil en cas d'érythème fessier :  Oui  Non
- Appliquer un produit similaire fourni par vos soins en cas d'allergie à ce produit :  Oui  Non
- Utiliser du sérum physiologique si nécessaire (lavage nez,...) :  Oui  Non

### Doudou / tétine:

Le « doudou » est l'objet transitionnel qui fait le lien entre la maison et la halte-garderie.

- L'enfant a-t-il un doudou ?  Oui  Non

Description de celui-ci : .....

- L'enfant a-t-il une tétine ?  Oui  Non

- Mettez-vous le doudou et/ou la tétine à disposition de votre enfant ? :

\* toute la journée :  Oui  Non

\* seulement à la sieste :  Oui  Non

### HABITUDES DE L'ENFANT

Sommeil :

Alimentaire :

Autres :

Je soussigné \_\_\_\_\_, responsable légal de l' (ou des) enfant(s)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du ou des parents, précédée de la mention «lu et approuvé »

Nom et prénom :

\_\_\_\_\_

Nom et prénom :

\_\_\_\_\_

*Conformément à la loi Informatique et Liberté, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ce droit auprès du responsable du traitement en envoyant soit un courrier à la Communauté de Communes de la Picardie Verte - Service Petite Enfance ou un mail à l'adresse suivante : [ccpv@ccpv.fr](mailto:ccpv@ccpv.fr)*