

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et prénom de l'enfant _____

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : _____

VACCINATIONS

Merci de nous fournir la photocopie des vaccins à jours.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de nous remettre un certificat médical de contre-indication.

TRAITEMENT MEDICAL

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Non

Oui (*nous transmettre la copie d'une ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondants*).

Les médicaments doivent être remis en main propre à la direction, dans leur emballage d'origine (notice incluse) et marqués au nom de l'enfant.

MALADIES INFANTILES

Cochez les maladies que votre enfant a déjà eues : Rubéole Varicelle Scarlatine Coqueluche
 Rougeole Oreillons Rhumatisme articulaire aigu

ALLERGIES/MALADIES CHRONIQUES

Asthme

Médicamenteuses Précisez : _____

Alimentaires Précisez : _____

PAI (projet d'accueil individualisé) : OUI NON

HISTORIQUE MEDICAL

Indiquez ci-après les difficultés de santé ou particularités de votre enfant (handicap, maladies, accidents, hospitalisations, crises convulsives, rééducation...) en précisant, le cas échéant, la date de l'événement et les précautions à prendre. _____

Je, soussigné(e) _____,
responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce formulaire et autorise la direction d'Enfantasia à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires concernant l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à respecter le règlement intérieur affiché dans l'établissement.

Fait à _____, le : _____ / _____ / _____

Signature du responsable légal

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Dans le cadre de ce traitement, la mutuelle collecte des données à caractère personnel.

L'adhérent est invité à consulter la notice d'information, qui lui donnera de plus amples informations relatives à la protection de ses données, aux traitements effectués et aux droits qu'il estime utile d'exercer, conformément à la réglementation en vigueur applicable au traitement des données à caractère personnel, et en particulier la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés à jour du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016.

AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION

Nous, soussignés

Responsable 1 _____

Responsable 2 _____

Exerçant l'autorité parentale de l'enfant _____

Né(e) le _____ / _____ / _____ à _____

Autorisons N'autorisons pas

le personnel d'ENFANTASIA à administrer du paracétamol à notre enfant en cas de fièvre $\geq 38,5^\circ$

Donnons par la présente :

- l'autorisation au Responsable d'ENFANTASIA de faire hospitaliser notre enfant en cas d'urgence ;
- l'autorisation de soigner, opérer, en cas d'urgence, notre enfant et de pratiquer les examens et les actes de soins que nécessiterait son état de santé.

Lieu d'hospitalisation souhaité par les parents :

- Médipole
- Clinique Kuindo-Magnin

Demandons à être informés de toute décision d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale sur notre enfant, en nous contactant aux numéros de téléphone suivants :

Domicile mère : _____ Domicile père : _____

Travail mère : _____ Travail père : _____

Mobilis mère : _____ Mobilis père : _____

Nous engageons à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

Fait à _____, le _____ / _____ / _____

Signatures obligatoires des personnes exerçant l'autorité parentale :

Responsable 1

Responsable 2

Dans le cadre de ce traitement, la mutuelle collecte des données à caractère personnel.

L'adhérent est invité à consulter la notice d'information, qui lui donnera de plus amples informations relatives à la protection de ses données, aux traitements effectués et aux droits qu'il estime utile d'exercer, conformément à la réglementation en vigueur applicable au traitement des données à caractère personnel, et en particulier la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés à jour du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016.