

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 Dumbéa, le : _____ / _____ / _____

Signature de la mère ou du père

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION

Nous, soussignés Madame et Monsieur _____
Exerçant conjointement l'autorité parentale de l'enfant _____
Né(e) le _____ / _____ / _____
à _____

Autorisons N'autorisons pas
le personnel d'ENFANTASIA DUMBEA 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 DUMBEA 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 Dumbéa, le _____ / _____ / _____

Signatures obligatoires des deux parents :

Mère

Père