



NOM et Prénom de l'enfant :

Né(e) le : ____ / ____ / _____

❖ Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et prénom du père

Nom et prénom de la mère

☎ Personnel : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / portable : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

☎ Professionnel du père : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

☎ Professionnel de la mère : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Annexe 1 : Fiche médicale de l'enfant

Cette feuille est à remplir, elle pourra être utilisée en cas d'absence du carnet de santé de l'enfant. Elle est destinée à apporter les éléments indispensables au Médecin qui serait appelé par l'assistante maternelle en cas d'urgence :

<p>NOM Prénom :</p> <p>Né(e) le :</p> <p>Confié(e) à Madame :</p> <p>Assistant(e) maternel(le) agréé(e) domiciliée à :</p>

Antécédents de maladie :

Allergie(s) :

Médicament(s) interdit(s) :

Aliment(s) interdit(s) :

Groupe sanguin :

Renseignements complémentaires :

Calendrier du suivi vaccinal

Nom/prénom de l'enfant :

Pour les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018, onze vaccins sont obligatoires avant l'âge de 2 ans : la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, le virus de l'hépatite B, la bactérie Haemophilus influenzae (à l'origine des méningites), le pneumocoque, le méningocoque C, la rougeole, les oreillons et la rubéole.



	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16/18 mois
1 Date rappel prévue... Vaccin fait le :						
2 Date rappel prévue... Vaccin fait le :						
3 Date rappel prévue... Vaccin fait le :						
4 Date rappel prévue... Vaccin fait le :						

Ex : l'enfant est né le 1 mars 2023 le deuxième rappel (pneumocoque) sera pour juillet 2023 (à noter dans « date prévu »). L'enfant a fait son vaccin le 5 juillet 2023 (à noter dans « vaccin fait le »)

Annexe 2 : Autorisations médicales

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE D'URGENCE

Je soussigné(e), responsable légalautorise :

Le médecin à pratiquer toute intervention chirurgicale urgente, avec si besoin anesthésie sur mon enfant :, né(e) le

Il est entendu que l'assistante maternelle communiquerait mes coordonnées au Médecin afin de pouvoir nous joindre le plus rapidement possible.

Fait à,

Le,

**Signature du ou des responsable(s) de l'enfant
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)**

Nom du Père : _____

Nom de la Mère : _____

Certificat établi pour faire valoir ce que de droit.

AUTORISATION DE SORTIE D'HOPITAL

Je soussigné(e), responsable légalautorise Madame,
Assistant(e) maternel(le) agréé(e), à faire sortir mon enfant

de l'hôpital si son état est jugé satisfaisant par le médecin de service.

Fait à,

Le

**Signature du ou des responsable(s) de l'enfant
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)**

Nom du Père : _____

Nom de la Mère : _____

Certificat établi pour faire valoir ce que de droit.