



FICHE ACCUEIL ENFANT EN STRUCTURE COLLECTIVE (Crèche)

Année du 01/09/2022 au 31/08/2023

L'ENFANT :

NOM : Prénom :

MEDECIN TRAITANT :

Nom : Tél. du cabinet :

Adresse :

VACCINATIONS :

J'atteste que mon enfant a reçu les vaccins indispensables pour son accueil en structure collective.

Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé (à télécharger dans le portail familles.)

Si l'enfant n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné, déclare avoir le plein exercice de l'autorité parentale et autorise l'équipe à utiliser les produits suivants pour mon enfant :

	Autorise :	
Paracétamol sirop (en cas de fièvre supérieure à 38°5C ou douleurs)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Arnica gel (à partir de 12 mois) (en cas de coups ou bosses)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Arnica granules homéopathiques (en cas de coups ou bosses)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
En cas d'érythème fessier :		
Crème Eryplast	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Crème Cicalfate	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Crème pour change Weleda au Calendula	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Désinfectant Biseptine (en cas de petite plaie et selon protocole)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Crème solaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

En cas d'urgence pour mon enfant, en mon absence et sous réserve d'en être informé le plus rapidement possible, **j'autorise** les professionnelles de la crèche à contacter un service d'urgence (SAMU, Pompiers...) afin que puisse être réalisée toute démarche nécessaire : transfert à l'hôpital, hospitalisation, intervention chirurgicale.

La signature du document « validation numérique du dossier administratif » vaut signature du présent document.