



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### HALTE GARDERIE TOM POUCE

NOM, PRENOM de l'enfant .....

Date de naissance ...../...../..... Poids : .....

#### PARENT OU RESPONSABLE LEGAL

Nom et Prénom: .....

Adresse: .....

.....

Téléphone : ..... / .....

Mail : .....

#### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Allergies: .....

Régime alimentaire : .....

Port de lunettes/ appareillage/ Handicap : .....

#### Vaccinations

**Pour les enfants nés avant le 1/12/2018** DT POLIO (diphtérie, tétanos, poliomyélite)

Oui  Non  Date du dernier rappel ...../...../.....

**Pour les enfants nés après le 1/12/2018** (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, haemophilus influenzae b, hépatite B, pneumocoque, rougeole, oreillons, rubéole, méningite C)

Oui  Non  Date du dernier rappel ...../...../.....

**SANS JUSTIFICATIFS QUANT AUX VACCINATIONS L'ENFANT NE POURRA ETRE ACCUEILLI AU SEIN DE LA HALTE GARDERIE**

#### **DANS LE CADRE DE NOTRE PROTOCOLE COVID VOUS VOUS ENGAGEZ A NE PAS CONFIER VOTRE ENFANT**

- S'il présente **une fièvre supérieure à 38 °** ou tout autre symptôme infectieux ( toux fébrile, diarrhée, vomissement...)
- S'il est **testé positif au covid-19**
- S'il est identifié comme contact à risque (personne ayant été en contact prolongé (>15 mins), intrafamilial, contacts répétés et/ou sans protection, efficace

## **Médication**

Je soussigné(e) ..... autorise la personne responsable à administrer sans ordonnance à mon enfant pesant ..... KGs les médicaments suivants

**En cas de fièvre** : DOLIPRANE 15 mg/ kg                      Oui        Non      
(Un accord téléphonique en cas de fièvre sera nécessaire avant administration)

**En cas de chute ou choc** : ARNICA granule / gel                      Oui        Non   

**Nettoyage des plaies** : DIASEPTYL/ BIASEPTINE                      Oui        Non   

L'enfant doit il suivre un traitement à Tom pouce ?                      Oui        Non      
Si oui, lequel ? .....

(Ordonnance en cours de validité obligatoire, boîte de médicaments dans emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec notice et au besoin lettre explicative signée et datée)

## **Autorisation de sortie de la structure et activités**

Autorise mon enfant à sortir de la structure pour promenade et activités extérieures :    Oui        Non   

Autorise mon enfant à être maquillé    Oui        Non   

## **Noms et prénoms des personnes susceptibles de venir chercher l'enfant :**

..... Téléphone : .....

..... Téléphone : .....

## **Droit à l'image**

Utilisation des photos pour affichage interne                      Oui        Non   

Utilisation des photos pour brochures ou site Internet:                      Oui        Non      
(page Facebook, Instagram et site de la structure)

## **Décharge de responsabilité**

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant .....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

autorise le responsable de la halte-garderie Tom Pouce à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale, transfusion sanguine) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

avoir pris connaissance du règlement intérieur de la halte-garderie Tom pouce et l'avoir approuvé sans réserve

avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de vente :

Date :

Signature :

