

FICHE ACCUEIL ENFANT EN STRUCTURE COLLECTIVE

EAJE

Année du 01/09/2025 au 31/08/2026

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 :

Médicament (notre protocole d'administration est validé par un médecin et l'équipe éducative est formée à l'administration du paracétamol par le référent santé)	Autorise :
Paracétamol sirop (en cas de fièvre supérieure à 38°5C) si l'état général de l'enfant permet l'accueil	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Produits non médicamenteux	
Pranarom crème (à partir de 9 mois) en cas de coup ou de bosse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Gel dentaire (dolodent) en cas de douleurs dentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Bepanthen crème En cas d'érythème fessier :	<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.