

CAHIER DE SANTÉ

NOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NOM DE L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) : _____

DATE : _____



RAM@SVDB.FR



04 92 00 50 53



WWW.SIVOMVALDEBANQUIERE.FR



**DÉPARTEMENT
DES ALPES-MARITIMES**



Madame, Monsieur,

Ce cahier a pour vocation de permettre à votre assistant maternel de connaître au mieux, les habitudes de votre enfant. Aussi, il est recommandé de le compléter avec vigilance. Il peut être évolutif durant le contrat d'accueil.

ALIMENTATION



ALLERGIES ALIMENTAIRES



L'enfant présente-t-il une /des allergie (s) alimentaire(s) ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

L'enfant a-t-il un PAI ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de fournir une copie du protocole

LES REPAS

Biberon : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, nombre de biberon dans une journée ? -----

Quantité de lait : -----

Repas mixé : ☐ OUI ☐ NON

Repas en morceaux : ☐ OUI ☐ NON

INTRODUCTION ALIMENTAIRE

• Les Protéines :

Viande blanche :	☐ OUI	☐ NON
Viande rouge :	☐ OUI	☐ NON
Poisson :	☐ OUI	☐ NON
Œuf :	☐ OUI	☐ NON

• Les Féculents :

Pomme de terre :	☐ OUI	☐ NON
Pâtes :	☐ OUI	☐ NON
Riz :	☐ OUI	☐ NON
Semoule :	☐ OUI	☐ NON

- **Les Fruits frais déjà introduits :**

Avez-vous déjà introduit :

Bananes, kiwis, pêches : ☐ OUI ☐ NON

Fruits à coques : ☐ OUI ☐ NON

Fraises : ☐ OUI ☐ NON

- **Légumes déjà introduits :**

Mange t-il :

du Pain : ☐ OUI ☐ NON

des Biscuits : ☐ OUI ☐ NON

- **Que mange l'enfant au goûter ?**

SOMMEIL

- **LE RYTHME DE SOMMEIL**

L'enfant a-t-il un rythme précis de sommeil ? ☐ OUI ☐ NON

Matin :

Après le repas :

Soir :

• LES HABITUDES

A-t-il besoin d'un(e) :

Téti^{ne} : ☐ OUI ☐ NON

Doudou : ☐ OUI ☐ NON

Couche pour la sieste : ☐ OUI ☐ NON

Position pour dormir :

Type de couchage : (lit à barreaux, lit parapluie, poussette, transat, co-dodo ...) :

Rituels d'endormissement (veilleuse, luminosité de la pièce, musique, berceuse...) :

HYGIENE

L'enfant porte-t-il une couche ? ☐ OUI ☐ NON

L'enfant va-t-il sur le pot ? ☐ OUI ☐ NON

Demande t-il à aller aux toilettes ? ☐ OUI ☐ NON

L'enfant présente-t-il une/des allergie(s) de contact ? ☐ OUI ☐ NON
(savon, crème, couches...) Si oui, lesquelles ?

LA SANTÉ DE L'ENFANT

Les parents sont responsables de la santé de l'enfant. Il convient de prévoir ce qui sera fait en cas de maladie (ex : enfant fiévreux)

TRAITEMENTS ET SOINS MÉDICAUX DES ENFANTS PRIS EN CHARGE PAR DES PROFESSIONNELS D'UN MODE D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT (DECRET N° 2021-1131 DU 30 AOUT 2021)

Art. R. 2111-1

« Le professionnel d'un mode d'accueil du jeune enfant mentionné à l'article L. 2111-3-1, pouvant administrer des soins ou des traitements médicaux à un enfant qu'il prend en charge, à la demande du ou des titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux, peut-être, selon le mode d'accueil du jeune enfant :

- Un assistant maternel agréé accueillant l'enfant dans le cadre d'un contrat d'accueil » ; Avant d'administrer les soins ou les traitements médicaux, le professionnel de l'accueil du jeune enfant procède aux vérifications suivantes :
- Le médecin n'a pas expressément prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical
- Le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant ont expressément **autorisé par écrit** ces soins ou traitements médicaux
- Le médicament ou le matériel nécessaire a été fourni par le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant
- Le professionnel de l'accueil du jeune enfant réalisant les soins ou traitements médicaux dispose de l'ordonnance médicale prescrivant les soins ou traitements ou d'une copie de celle-ci et se conforme à cette prescription
- Le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant ont préalablement expliqué au professionnel de l'accueil du jeune enfant le geste qu'il lui est demandé de réaliser.

=> Chaque geste fait l'objet d'une inscription immédiate dans un **registre nominatif au nom de l'enfant** précisant la date et l'heure de l'acte.

Toutefois, le professionnel de l'accueil peut refuser cette responsabilité.

En cas d'urgence (type accident) l'assistant maternel appellera le SAMU (15) et préviendra les parents de l'ensemble des enfants qu'il accueille ce jour-là (voir autorisation « confier l'enfant à un tiers » du livret d'accueil).

Fait à

le.....

Signature de la ou des personnes
détenant l'autorité parentale

Signature de l'assistant maternel

INFORMATIONS

Les renseignements notés sur cette fiche sont destinés à apporter des éléments indispensables au médecin qui serait appelé par l'assistant maternel en cas d'urgence ou à un établissement hospitalier.

Enfant, Nom	Prénom
Date de naissance	Fille ☐ Garçon ☐

Antécédents médicaux :	
Allergies médicamenteuse	Oui ☐ Non ☐
Si oui précisez :	
Autre :	
Vaccinations Elles doivent être à jour conformément au calendrier en vigueur Un document attestant du respect de l'obligation vaccinale est joint ; (certificat médical de vaccination de préférence ou photocopie du carnet de vaccination)	

Parent : Nom	Prénom
Téléphone	
Parent : Nom	Prénom
Téléphone	
Ou représentant légal : Nom	Prénom
Téléphone	

Médecin traitant	
Nom	Prénom
Adresse	
Téléphone	Courriel

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

ATTESTANT DE LA REALISATION DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'ENFANT ACCUEILLI

Conformément à l'article R 3111-8 du code de la santé publique et au décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire, l'admission des mineurs au domicile de l'assistant maternel est à présent subordonnée à la présentation d'un document attestant du respect de l'obligation vaccinale mentionnée à l'article R 3111-2 du code de la santé publique. La déclaration précisée à l'article L 3115-5, est faite sur un document remis par un professionnel de santé autorisé à pratiquer les vaccinations attestant de la situation de la personne au regard des vaccinations obligatoires.

Nom et prénom de l'enfant	Date de naissance
---------------------------	-------------------

Le médecin atteste que l'enfant a reçu les vaccins obligatoires suivants :

Vaccins obligatoires	2 mois Date et cachet du médecin	4 mois Date et cachet du médecin	11 mois Date et cachet du médecin
Antidiphtérique Antitétanique Antipoliomyélitique			
Contre la coqueluche			
Contre les infections invasives à Haemophilus			
Contre le virus de l'hépatite B			
Contre les infections invasives à pneumocoque			
Contre le méningocoque de sérogroupe C	5 mois Date et cachet du médecin	12 mois Date et cachet du médecin	
Contre la rougeole, les oreillons, la rubéole	12 mois Date et cachet du médecin	16-18 mois Date et cachet du médecin	

Signature du médecin traitant (cachet)

Vaccination : êtes-vous à jour ?

Âge approprié	VACCINATIONS OBLIGATOIRES pour les nourissons nés à partir du 1 ^{er} janvier 2018							14 ans		
	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans
BCG										
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite										
Coqueluche										
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)										
Hépatite B										
Pneumocoque										
Méningocoque C										
Rougeole-Oreillons-Rubéole										
Papillomavirus humain (HPV)										
Grippe										
Zona										

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectifications, de limitation du traitement ainsi que d'un droit d'opposition et de portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au : Relais Assistant Maternel du Sivom Val de Banquière; Par courrier : 2 rue du ghet 06730 Saint André de la Roche, par téléphone au 0492005053 ou par mail : ram@svdb.fr, Vous bénéficiez également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle si nécessaire