

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.SVDB.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. Les informations contenues pourront être utilisées par la Halte-Garderie du centre de formations Inter'val formations du SIVOM Val de Banquière, dans le cadre des formations suivies par votre assistant maternel (formation sur le temps de travail uniquement).

Aussi, il est recommandé de le compléter avec vigilance.

J'autorise la Halte-Garderie du centre de formations Inter'val formations du SIVOM Val de Banquière à utiliser ces données personnelles dans le cadre des formations suivies par votre assistant maternel

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 déjà introduits :**

A t-il déjà mangé :

Fruits exotiques : OUI NON
Fruits à coques : OUI NON
Fruits rouges : 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) :

Tétine : 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

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

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)



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).

Nous soussignés nous engageons à respecter les obligations vaccinales (Décret de juin 2018) et à fournir à l'assistant maternel les copies des attestations réalisées par le médecin.

Monsieur / Madame -----

Signature

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 <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Parent 1 : Nom	Prénom
Adresse	
Téléphone	
Parent 2 : Nom	Prénom
Adresse	
Téléphone	
Ou représentant légal : Nom	Prénom
Adresse	
Téléphone	

Médecin traitant	
Nom Prénom	
Adresse	
Téléphone	Courriel
Antécédents médicaux :	
Allergies médicamenteuse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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)	

Fait à le.....

Signature de la ou des personnes
détenant l'autorité parentale

Signature de l'assistant maternel

Signature du médecin traitant (cachet)

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 séro groupe 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	

Votre Assistant (e) maternel (le) va partir se former et votre enfant va être pris en charge à la Halte-Garderie du Centre de Formation Inter'val Formation

A PRÉVOIR POUR CHAQUE JOUR :

- 1 change complet : body, t-shirt, pantalon, chaussettes
- Doudou + tétine
- Dosettes de lait maternisé (si biberon)
- Biberon(s) propre(s) (en fonction du nombre de biberon pris par jour à la Halte-Garderie)
- Crème pour le change (si particulière)

CHAQUE AFFAIRE DOIT ÊTRE NOTÉE AU NOM DE VOTRE ENFANT

SONT FOURNIS PAR LA STRUCTURE D'ACCUEIL:

- Couches
- Tous les repas, en dehors du lait maternisé (toujours prévoir une dosette de lait en plus par jour)
- Vaisselle
- Bavoirs
- Draps
- Gigoteuse

PAR MESURES D'HYGIENE, AUCUNE DENREE ALIMENTAIRE (EN DEHORS DU LAIT MATERNEL/MATERNISÉ) VENANT DE L'EXTERIEUR NE SERA ACCEPTEE.

