



Document unique d'informations partagées (DUIP)

DOSSIER STRICTEMENT CONFIDENTIEL

I. Renseignements d'état civil

Votre enfant

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Structures d'accueil de l'enfant

ALSH / Périscolaire	Structure spécialisée
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Nom du responsable :	Nom du responsable :
Contact mail :	Contact mail :
Contact téléphone :	Contact téléphone :
Accueil(s) prévu(s) : du / /20 au / /20	

Document réalisé dans le cadre du Collectif



avec le soutien de :



Responsables légaux (Mère, Père, autre responsable légal)

Mère (ou autre responsable légal)	Père (ou autre responsable légal)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :
Mail :	Mail :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tél travail :	Tél travail :
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :
N° allocataire CAF ou MSA :	N° allocataire CAF ou MSA :

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :	Tél portable :
Tél travail :	Tél travail :	Tél travail :

Personnes autorisées* à récupérer l'enfant (autres que les parents)

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :	Tél portable :
Tél travail :	Tél travail :	Tél travail :

*ces personnes majeures ou mineures devront présenter leur pièce d'identité

Si vous autorisez votre enfant à rentrer seul au domicile, joindre une autorisation écrite

Restauration

Régime alimentaire particulier : Oui Non

Si oui : lequel ?

II. Renseignements sanitaires

(En référence à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article 227-4 du code de l'action sociale et des familles)

Vaccinations

Vaccins obligatoires : DT POLIO. Pour les enfants nés à partir du 01/01/2018, 8 autres vaccins obligatoires (voir Loi du 30 décembre 2017 article 49)

(Fournir obligatoirement la photocopie du carnet de vaccination ou carnet de santé ou certificat médical indiquant que les vaccins sont à jour avec le nom et prénom de l'enfant)

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

Éléments médicaux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement de l'accueil de l'enfant

➤ Si maladies ou allergies sévères (exemple : diabète, asthme, allergies médicamenteuses ou alimentaires, etc) précisez la cause dans le cas des allergies et la conduite à tenir :

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non

Détailler la conduite à tenir ou le protocole mis en place :

Indiquez, le cas échéant, le nom et le téléphone du médecin traitant :

Nom :

Numéro de téléphone :

➤ **Traitements médicaux en cours :**

L'enfant suit-il un traitement médical : Oui Non

Si oui, l'ordonnance du médecin est obligatoirement jointe aux médicaments fournis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Le nom et le prénom de l'enfant doit être inscrit sur l'emballage. S'il s'agit d'un traitement à ne prendre qu'en cas de crise, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites et transmis au responsable de l'accueil (exemple Ventoline, etc)

➤ Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, des chaussures orthopédiques, etc : Oui Non

Précisez :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés ci-dessus et autorise les médecins, chirurgiens et anesthésistes à pratiquer tous les soins médicaux ou chirurgicaux rendus nécessaires en raison de l'état de santé de mon enfant.

Date : / /

Signature :

III. Les besoins de votre enfant

Besoins physiologiques

Propreté-Hygiène-Toilettes →

- fait sa toilette : seul ou avec de l'aide*
- s'habille : seul ou avec de l'aide
- va au WC : seul ou avec de l'aide

*barrer la mention inutile

Vos conseils et recommandations utiles :

Repas-alimentation →

- mange : seul ou avec de l'aide*
- boit : seul ou avec de l'aide
- gère seul les quantités : seul ou avec de l'aide

*barrer la mention inutile

Vos conseils et recommandations utiles :

Sommeil →

- fait la sieste : Oui Non
- a des difficultés pour s'endormir : Oui Non
- a peur de l'obscurité : Oui Non

Vos conseils et recommandations utiles :

Avez-vous des précisions à donner sur les besoins physiologiques de votre enfant ?

Besoins affectifs et sociaux

Communication →

- Communique par langage : seul ou avec de l'aide*
- communique par gestes : seul ou avec de l'aide*
- écrit : seul ou avec de l'aide*
- lit : seul ou avec de l'aide*

*barrer la mention inutile

Vos conseils et recommandations utiles :

Sorties et déplacements

- marche : seul ou avec de l'aide*
- monte un escalier : seul ou avec de l'aide*
- se repère dans l'espace et dans le temps : seul ou avec de l'aide

*barrer la mention inutile

Vos conseils et recommandations utiles :

Activités - jeux

- sait jouer à plusieurs : Oui Non
- sait jouer seul : Oui Non
- sait choisir une activité parmi plusieurs : Oui Non
- comprend les règles d'un jeu adapté à son âge : Oui Non
- reste concentré sur une activité : Oui Non

Vos conseils et recommandations utiles :

Relations aux autres

- a des frères et sœurs : Oui Non
- a déjà fréquenté un centre de loisirs ou un accueil périscolaire : Oui Non
- est-il déjà parti en colonie de vacances : Oui Non
- est-il angoissé dans ses relations aux autres enfants : Oui Non
- est-il angoissé dans ses relations aux adultes : Oui Non
- sait-il gérer sa frustration lorsqu'on lui fixe des limites : Oui Non
- a-t-il un objet fétiche : Oui Non
si oui lesquels ?
- a-t-il des rituels nécessaires à son bien-être : Oui Non
si oui lesquels ?

Vos conseils et recommandations utiles :

Ce qui inquiète votre enfant	Ce qui rassure votre enfant
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Avez-vous des précisions à donner sur les besoins affectifs et sociaux de votre enfant ?

Centres d'intérêt de votre enfant	
Ce qu'il aime	Ce qu'il n'aime pas
-	-
-	-
-	-
-	-

Engagement de l'autorité parentale

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, certifie l'exactitude des renseignements fournis et je m'engage à procéder aux modifications nécessaires en cas de changement de situation de mon enfant.

Date : / /

Signature des parents ou d'un autre représentant légal