

# CAHIER DE SANTÉ

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

NOM DE L'ASSISTANT(E) MATERNEL(LE) : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_



RPE@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 et la santé 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

Allaité :  OUI  NON

Biberon :  OUI  NON

Si oui, nombre de biberons 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) :

Tétine :  OUI  NON

Doudou :  OUI  NON

Couche pour la sieste :  OUI  NON

Position pour dormir :

-----

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

-----

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

-----

-----

**HYGIENE**

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

Est-il changé debout  ou sur une table de change  ?

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 d'abord le **SAMU (15)** ou **112** et préviendra ensuite 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 <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Antécédents médicaux :	
Allergies médicamenteuse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui précisez :	
Autre :	
<b>Vaccinations</b> 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 prévue à l'article L. 3115-5 est effectuée au moyen d'un document établi par un professionnel de santé habilité à pratiquer les vaccinations, attestant de la situation de l'enfant au regard des obligations vaccinales.

Deux modalités sont possibles : soit l'assistante maternelle vérifie directement le carnet de santé de l'enfant, soit un médecin atteste, en datant et en apposant son cachet sur le document ci-dessous, que les vaccins obligatoires ont bien été réalisés.

En plus des 11 vaccinations déjà obligatoires, deux nouvelles vaccinations sont maintenant requises pour les nourrissons :

**Méningocoque B** : Les doses doivent être administrées à 3, 5 et 12 mois. Cette obligation vaccinale est étendue à l'âge de 2 ans, avec le même nombre de doses.

**Méningocoques ACWY** : Une dose est administrée à 6 mois, suivie d'un rappel à 12 mois. Cette obligation vaccinale est étendue à l'âge de 2 ans, avec une seule dose pour les âges de 12-24 mois.

Pour les nourrissons qui n'ont jamais été vaccinés contre les méningocoques ACWY (même ceux qui ont été vaccinés contre le sérogroupe C), une dose de rattrapage est nécessaire entre 12 et 24 mois.

**Vous vous posez des questions sur la vaccination de votre enfant ?**



À quel âge doit-il recevoir ses vaccins ?

Quelles maladies peut-on prévenir grâce à la vaccination ?

**Scannez ce QR code** et retrouvez toutes les réponses sur le site officiel : [vaccination-info-service.fr](http://vaccination-info-service.fr).

Un espace clair, fiable et à jour pour vous aider à prendre les meilleures décisions pour la santé de votre enfant.



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

<b>Nom et prénom de l'enfant</b>	<b>Date de naissance</b>
----------------------------------	--------------------------

<b>Vaccins obligatoires</b>	<b>2 mois</b> Date et cachet du médecin	<b>4 mois</b> Date et cachet du médecin	<b>11 mois</b> Date et cachet du médecin
Antidiphtérique Antitétanique Antipoliomyélitique Contre la coqueluche <b>(DTP)</b>			
Contre les infections invasives à Haemophilus <b>(HIB)</b>			
Contre le virus de <b>l'hépatite B</b>			
Contre les infections invasives à <b>pneumocoque</b>			
<b>Méningocoque B</b>	<b>3 mois</b> Date et cachet du médecin	<b>5 mois</b> Date et cachet du médecin	<b>12 mois</b> Date et cachet du médecin
<b>Méningocoques ACWY</b>	<b>6 mois</b> Date et cachet du médecin		<b>12 mois</b> Date et cachet du médecin
Contre la rougeole, les oreillons, la rubéole <b>(ROR)</b>	<b>12 mois</b> Date et cachet du médecin		<b>16-18 mois</b> Date et cachet du médecin

Signature du médecin  
traitant (cachet) :





# 2025

## Calendrier simplifié des vaccinations

Âge approprié	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans
<b>BCG</b>											
<b>DTP et Coqueluche</b>											
<b>Hib</b>											
<b>Hépatite B</b>											
<b>Pneumocoque</b>											
<b>ROR</b>											
<b>Méningocoques ACWY</b>											
<b>Méningocoque B</b>											
<b>Rotavirus</b>											
<b>HPV</b>											
<b>Grippe</b>											
<b>Covid-19</b>											
<b>Zona</b>											
<b>VRS</b>											

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