

NOM :
Prénom :

Date de Naissance :
Garçon Fille

1 – VACCINATIONS (à compléter **OBLIGATOIREMENT** en se référant au carnet de santé ou au certificat de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication
attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- Si L'enfant suit un traitement médical au moment de l'accueil, joindre l'**ordonnance** et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice marquée au nom de l'enfant**)

- **L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Rubéole	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Angine	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>

- **Allergies:** Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autre :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

PAI OUI NON si oui, le joindre obligatoirement

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (entourez vos choix)

Votre enfant porte-t-il des lunettes OUI NON des lentilles OUI NON
des prothèses auditives OUI NON Des prothèses dentaires OUI NON

mal des transports OUI NON régime alimentaire spécifique OUI NON si oui, précisez :

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOMADRESSE.....

.....

Tél. fixe (et portable) du domicile :du bureau.....

NOM et Tél. du médecin traitant

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE ET SIGNATURE