

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pour les activités ou séjours organisés par 1.2.3. Loisirs.

NOM : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Age : .....  
 N° Sécurité Sociale : .....  Garçon  Fille

**VACCINS**

**Merci d'indiquer les Dates des Vaccins ou bien de fournir la copie du Carnet de Santé.**

Vaccins obligatoires	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		Coqueluche	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite		Rubéole Oreillons Rougeole	
Ou DT Polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (précisez)	

*Vous avez la possibilité de nous fournir un certificat médical du médecin traitant de votre enfant attestant que ses vaccins sont à jour.*

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

⇒ Suit-il un traitement au quotidien :  oui  non  
 Si oui, joindre une copie d'ordonnance récente avec la boîte d'origine du médicament marquée au nom de l'enfant et la notice.  
 ⇒ Dispose-t-il d'un P.A.I :  oui  non  
 Si oui, joindre une copie d'ordonnance récente avec la boîte d'origine du médicament marquée au nom de l'enfant et la notice.  
**➤ AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE**

NOM du médecin traitant : ..... Tél : .....

⇒ L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

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

⇒ Allergies

Allergies	Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à suivre :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**RECOMMANDATIONS**

Port de lunettes :  Oui  Non      Appareil dentaire:  Oui  Non  
 Appareil auditif :  Oui  Non      Autres (précisez) : .....

⇒ Responsable de l'enfant

NOM: ..... Prénom : ..... Tel : .....

Tél. travail : ..... Portable : .....

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Signature du responsable :

Date : .....