

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

NOM : Prénom :

Date de naissance : 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.

Fait à :
 Le :
 Signature du responsable égal :

Fait à :
 Le :
 Signature du responsable égal :

Fait à :
 Le :
 Signature du responsable égal :