

NOM DU MINEUR :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) : SEXE : M F

POIDS : kg TAILLE : m

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

1 – VACCINATIONS (joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATE DU DERNIER RAPPEL (JJ/MM/AAAA)	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE DU DERNIER RAPPEL (JJ/MM/AAAA)
Diphtérie	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="text"/>	ROR	<input type="text"/>
Ou DT Polio	<input type="text"/>	Hépatite B	<input type="text"/>
Ou Tétracoq	<input type="text"/>	Pneumocoque	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Haemophilus	<input type="text"/>
	<i>Autre (préciser) :</i> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 – ALLERGIES

ASTHME : OUI NON

ALIMENTAIRES Précisez :

MÉDICAMENTEUSES Précisez :

ANIMAUX Précisez :

AUTRES (pollen...) Précisez :

Préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (joindre un certificat médical et une ordonnance si médication) :

3 – AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ ET RECOMMANDATIONS

Mentionner un problème de santé et/ou recommandations (port de lunettes / lentilles / appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie...) :

4 – RESPONSABLES DU MINEUR

NOM Prénom :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

Médecin traitant : Téléphone :

Je soussigné(e) ,

responsable légal du mineur, 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 nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :