Document confidentiel

Joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination

ENFANT	
Nom	Prénom
Sexe	Né(e) le

(l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs)

VACCINATION				
Vaccins obligatoires	Oui/Non	Dates der. rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie	Oui/Non		Hépatite B	
Tétanos	Oui/Non		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	Oui/Non		Coqueluche	
			Autres (préciser)	
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication				

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT							
Poid (kg)	Taille (cm)		(informations nécessaire en cas d'urgence)				
L'enfant suit-il un traitement médical régulier durant l'année ?						Oui/Non	
Un PAI a-t-il été signé						Oui/Non	
leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice d'utilisation).							
L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?							
Rubéole	Oui/Non	Varicelle	Oui/Non	Angine	Oui/Non	Coqueluche	Oui/Non
Otite	Oui/Non	Rougeole	Oui/Non	Oreillons	Oui/Non	Scarlatine	Oui/Non
Rhumatisme articulaire aigu			Oui/Non				
Allergies							
Asthme	Oui/Non	Alimentaires		Oui/Non	Médicamenteuses		Oui/Non
Autres							
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,							
L'enfant mouille-t-il sont lit			Non	Occasionnellement			Oui
S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ?			Non	Oui			

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

RESPONSABLE DU MINEUR 1	
Nom	Prénom
Adresse	
Code Postal	Ville
Téléphone	Portable
RESPONSABLE DU MINEUR 2	
Nom	Prénom
Adresse	
Code Postal	Ville
Téléphone	Portable

MÉDECIN TRAITANT	
Nom	Prénom

Adresse	
Code Postal	Ville
Téléphone	

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

À _____

Le _____

Signature _____