

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Sexe : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES du dernier RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Haemophilus	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole, Oreillons, Rougeole	<input type="text"/>
SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION .				Hépatite B	<input type="text"/>
				Pneumocoque	<input type="text"/>
				BCG	<input type="text"/>
				Autres (préciser) :	<input type="text"/>

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : kg ; Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 dans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES Oui Non
 MÉDICAMENTEUSES Oui Non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) Oui Non
 précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

RÉGIMES SPÉCIFIQUES : Sans viande Sans porc PAI

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser Oui Non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

NOM DU MEDECIN 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 rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Fait à : Signature