



• L'ENFANT : NOM.....Prénom.....

Age et Date de Naissance.....  GARCON  FILLE

• VACCINATIONS : Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

VACCINS OBLIGATOIRES : Dates des derniers rappels

Diphtérie.....
Tétanos.....
Poliomyélite.....
Ou DT polio.....
Ou Tétracoq.....

VACCINS RECOMMANDES : Dates des derniers rappels

Hépatite B.....
Rubéole-Oreillons-Rougeole.....
Coqueluche.....
BCG.....
Autres (préciser).....

• L'ENFANT SUIV-IL ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT MÉDICAL ?  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 pris sans ordonnance.

• L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

ANGINE.....  oui  non OTITE.....  oui  non COQUELUCHE.....  oui  non
OREILLONS.....  oui  non ROUGEOLE.....  oui  non SCARLATINE.....  oui  non
VARICELLE.....  oui  non RUBEOLE.....  oui  non RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.....  oui  non

• ALLERGIES : ASTHME.....  oui  non MEDICAMENTEUSES.....  oui  non

ALIMENTAIRES.....  oui  non AUTRES.....  oui  non

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

• INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

• RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

• REGIME ALIMENTAIRE :  oui  non si oui Précisez

• RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

NOM.....Prénom.....

Lien de parenté avec l'enfant :.....

ADRESSE :.....

Domicile : .....  Portable : .....  Professionnel :.....

@EMAIL.....

Coordonnées de l'autre parent : (en cas de divorce ou de séparation, merci de cocher ci-dessous l'autorité parentale)

NOM.....Prénom.....

Lien de parenté avec l'enfant :.....

ADRESSE.....

Domicile : .....  Portable : .....  Professionnel :.....

Autorité parentale :  conjointe  mère uniquement  père uniquement  autre à préciser

Je soussigné(e),.....

responsable légal de l'enfant.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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 l'enfant.

Date :

Signature :