



## IDENTITE DE L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Garçon :     Fille :     Date de naissance : .....

## VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant

	NOM CLASSIQUE DU VACCIN		OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS
	DT Polio	Tétracoq ou Pentacoq ou pentavac			
Diphtérie *					
Tétanos *					
Poliomyélite *					
Coqueluche **					
Haemophilus Influenzae ** (infections invasives)					
Hépatite B **					
Rubéole, Oreill., Rougeole **	ROR				
Pneumocoque **	Prevenar				
Tuberculose **	BCG				
Autres (précisez)					

\*vaccins obligatoires ; \*\* vaccins fortement recommandés

Si l'enfant n'a pas eu les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant l'activité/les activités ?

OUI :     NON :

Si oui, prévenir les animateurs du traitement suivi et des prescriptions médicales à suivre (joindre une copie de l'ordonnance)

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole			Angine		
Varicelle			Otite		
Coqueluche			Oreillons		
Rougeole			Rhumatismes articulaires		
Scarlatine					

L'enfant a-t-il les allergies suivantes :

	OUI	NON
Asthme		
Médicamenteuses		
Alimentaires		
Autres : ...		

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (précisez si automédication) :

.....  
 .....  
 .....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre.

.....  
 .....  
 .....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires, etc. ? Précisez :

.....  
 .....  
 .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parents :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

Médecin traitant :

Nom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le/les responsable/s de l'activité/des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : .....

Signature :