



IDENTITE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Garçon : Fille : Date de naissance :

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé/certificat de vaccination de l'enfant

⇒ Remplir le tableau (en notant les dates des rappels de vaccins)

OU joindre les copies des 2 doubles pages de vaccination du carnet de santé

	NOM CLASSIQUE DU VACCIN			DATE DES DERNIERS RAPPELS
		OUI	NON	
Diphtérie *	DT Polio Tétracoq Pentacoq ou pentavac Infanrix Hexa			
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 :

Mail :

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 :