

• **ENFANT** Garçon Fille

NOM

Prénom

Date de naissance

• **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant à présenter le jour de l'inscription)

VACCINS OBLIGATOIRES		Dates DERNIERS rappels	VACCINS RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Rubéole - Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Coqueluche	
OU DT Polio	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Autres (préciser)	
OU Tétracoq	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
BCG	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

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

• **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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

Rubéole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Oreillons <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme Articulaire Aigü <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

L'enfant a-t-il des allergies :

Asthme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Alimentaires <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Médicamenteuses <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autre <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisez :		

➤ Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

Difficultés de santé (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) Précisez les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents – Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc... ?

• **REPRÉSENTANT LÉGAL**

NOM

Prénom

Adresse

CP / Ville

N° de Sécurité Sociale

N° de téléphone N° de portable

Médecin Traitant (Nom & Tél. - facultatif)

Je soussigné(e), Madame, Monsieur

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

Fait à / Le

Signature