

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 RECOMMANDÉS	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 MÉDECIN 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