

Nom et prénom de l'enfant :
Date de naissance : Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des renseignements médicaux utiles concernant votre enfant. Il est important de bien la remplir.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATE DERNIERS RAPPELS
BCG				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
DTP (Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite)				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Hépatite B	
Ou Pentacoq				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

♦ L'enfant suit-il 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 et prénom 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"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Rougeole <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>
----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

♦ ALLERGIES : Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON
Alimentaires (*) OUI NON Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler - si certificat médical, joindre une copie)

♦ Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc) et précisez les dates et les précautions à prendre

♦ L'enfant est-il porteur d'un handicap ? OUI NON

Si oui, indiquez lequel et précisez les précautions à prendre

3- AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

♦ L'enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ? Précisez.....

♦ L'enfant fait-il l'objet d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) OUI NON

Si oui, dernière date de signature : Le P.A.I. signé doit impérativement être joint

♦ Nom et téléphone du médecin traitant

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 d'urgence (examen médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à régler tous les frais qui en résulteraient.

Date et signature