

Nom :
 Prénom :
 Date de Naissance :
 Garçon Fille

1 – VACCINATIONS

Vaccins	Nom du vaccin	Date	Vaccins	Nom du vaccin	Date
BCG		ROR	
DT POLIO		HEPATITE B	
MENINGITE		GRIPPE	
AUTRE :		AUTRE :	

Fournir OBLIGATOIREMENT une copie des pages correspondantes du carnet de santé ou un certificat de vaccinations. 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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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 de l'enfant avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. Les animateurs ne sont pas autorisés à administrer les médicaments.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (cocher les cases)

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
Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rhumatismes articulaires aigus	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Allergies :

Médicamenteuses oui non. Si oui, à quel médicament ?

Alimentaires oui non. Si oui à quel aliment ?

Autres oui non. Si oui à quoi ?

Asthme oui non.

Quelle est la conduite à tenir ?

Indiquez ci-après les éventuelles difficultés que peut rencontrer votre enfant, les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) et les précautions à prendre.

.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes des prothèses auditives un appareil dentaire Autre

Pour la restauration : repas sans porc repas végétarien

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. Portable : Tél. Fixe :

Nom du Médecin traitant :

N° de Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) :

En cas d'urgence, en mon absence, j'autorise le CSC à contacter M. – Mme
 (N° de téléphone :))

J'autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.

A Le
 Signature