

Année :

Cette fiche sera conservée sur le lieu d'accueil de votre enfant

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (par ordre de priorité, après avoir contacté les parents via la fiche famille)

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Tél portable :

Tél domicile :

Tél travail :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Tél portable :

Tél domicile :

Tél travail :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Tél portable :

Tél domicile :

Tél travail :

I - VACCINATIONS (Fournir une copie intégrale du carnet de santé)

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole - oreillons - rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

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

II - ALLERGIES ET CONTRE-INDICATIONS

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

RUBEOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU SCARLATINE

COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS

Allergies: ASTHME MEDICAMENTEUSES ALIMENTAIRES AUTRES

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

Année :

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ... Précisez) :

III - RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél portable :

Tél domicile :

Tél travail :

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif):

Je soussigné, _____ 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) renues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature du représentant légal :