

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de nous la remettre rapidement. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées au responsable sanitaire du stage ou séjour et, le cas échéant, aux services médicaux.

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

FILLE

GARÇON

### 1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES LÉGAUX DU MINEUR

NOM  PRÉNOM  QUALITÉ

TÉLÉPHONEPORTABLE  DOMICILE  TRAVAIL

NOM  PRÉNOM  QUALITÉ

TÉLÉPHONEPORTABLE  DOMICILE  TRAVAIL

Autres personnes autorisées à récupérer les enfants :

NOM  TÉLÉPHONE  QUALITÉ

NOM  TÉLÉPHONE  QUALITÉ

### 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE MINEUR

**Votre enfant suit-il un traitement médical ?** OUI  NON

Si OUI, merci de joindre une ordonnance de moins de trois mois du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

**Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance.**

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

Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses Autres

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs, et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

**L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier** qui nécessite la transmission d'information médicale (information sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

### 3. INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Régime alimentaire de l'enfant

Sans Porc  Végétarien

Information concernant le régime alimentaire de l'enfant

Port de lunettes  Appareils dentaires

Appareils auditifs  Enurésie nocturne

Autres informations que vous jugez utile de transmettre à l'équipe

#### 4. ÉTAT DES VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccination de l'enfant

Vaccins obligatoires	Date	Recommandés	Date
<input type="checkbox"/> DT Polio	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ou Tétracoq	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hépatite B	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ROR	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Diphtérie	<input type="text"/>	Autres (préciser)	<input type="text"/>

*Rappel : vous devez fournir un document attestant que votre enfant est à jour des vaccins obligatoires (copie carnet de santé page DTP uniquement avec le nom de l'enfant visible ou un certificat médical).*

#### 5. ÉTAT DES MALADIES ENFANTINES

L'enfant a déjà eu les maladies suivantes :

<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Scarlatine

#### 7. NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

**Docteur**

**Téléphone**

#### 8. ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

**NOM**  **PRÉNOM**

**DATE**

**QUALITÉ DU SIGNATAIRE**