

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 (certificat de vaccination(s) ci-joint obligatoire)**

ENFANT NE AVANT 2018 3 VACCINS OBLIGATOIRES	ENFANT NE A PARTIR DU 01 JANVIER 2018 11 VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE CERTIFICAT DE VACCINATION DU MEDECIN	
DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)	DTP(Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)	Rubéole-Oreillons-Rougeole
	Coqueluche	Hépatite B
	Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b	Infections invasives à pneumocoque
	Méningocoque de sérogroupe C	

**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.

Fait à

Le

Signature (obligatoire du ou des représentants légaux) :