

NOM du mineur : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : Féminin Masculin

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1. VACCINATIONS : cf. carnet de santé ou aux certifications de vaccinations

	Vaccinations	Date		Vaccinations	Date
1	Diphtérie		4	Coqueluche	
2	Tétanos		5	Haemophilus	
3	Poliomyélite		6	Hépatite B	
			7	Pneumocoque C	
	Autres :		8	Méningocoque C	
			9	Rougeole	
			10	Oreillon	
	BCG (facultatif)		11	Rubéole	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires (les 3 premiers pour les enfants nés avant le 01/01/2018, les 11 vaccins pour les enfants nés depuis le 01/01/2018), joindre un certificat médical de contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : _____ kg Taille : _____ cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

HABITUDE ALIMENTAIRE, précisez : _____

ALLERGIES ALIMENTAIRES OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES (animaux, plantes, pollen) OUI NON

Précisez : _____

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé** ? OUI NON

Si oui, précisez :

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie régulière ou occasionnelle, phobies...

4. RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable n°1 : NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Tél travail : _____

Responsable n°2 : NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél domicile : _____ Tél portable : _____

Tél travail : _____

Médecin traitant (facultatif) : NOM : _____ Tél _____

Je soussigné(e), _____, responsable légal du mineur, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé du mineur.

Date : _____

Signature :

