

1- **ENFANT** : NOM : PRENOM :
Date de naissance :/...../.....

2- **VACCINATIONS :**

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	dates der derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DTPolio				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

3- **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT** : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE			
Non		oui	

VARICELLE			
Non		oui	

ANGINES			
Non		oui	

RHUMATISMES			
Non		oui	

SCARLATINE			
Non		oui	

COQUELUCHE			
Non		oui	

OTITES			
Non		oui	

ASTHME			
Non		oui	

ROUGEOLE			
Non		oui	

OREILLONS			
Non		oui	

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, N'oubliez pas de cocher l'autorisation parentale sur le dossier et de joindre l'ordonnance aux médicaments. Aucun traitement médical ne pourra être administré à l'enfant sans ordonnance et sans autorisation écrite.

4- **ALLERGIES :**

L'enfant a-t-il des allergies ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles:

.....

Merci de préciser la conduite à tenir en cas de réaction allergique :

.....

5- **REGIME ALIMENTAIRE :**

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel:

6- **PAI :**

L'enfant a-t-il un PAI? (La photocopie du PAI et les médicaments sont indispensables) ☐ OUI ☐ NON

Merci de préciser la conduite à tenir pour ce PAI :

.....

7- **AUTORISATION D'INTERVENTION :**

Je soussigné (e), Madame, Monsieur,habitant àresponsable de l'enfant,déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :