NOM DU MINEUR : ................................................................................

PRENOM : ..............................................................................................

DATE DE NAISSANCE : ......../ ......... / .................... SEXE : M F

Numéros de Téléphone en cas d’urgence :

Joindre photocopie du carnet de santé



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINATIONS OBLIGATOIRES**  | **Oui**  | **Non**  | **DATES DES** **DERNIERS RAPPELS**  | **VACCINS** **Obligatoires enfants nées après 2017**  | **DATES**  |
| Diphtérie  |   |   |   | Coqueluche  |   |
| Tétanos  |   |   |   | Haemophilus influenza b |   |
| Poliomyélite  |   |   |   | Rubéole-Oreillons-Rougeole  |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   | Pneumocoque  |   |
|   |   |   |   | le Méningocoque C |   |
|   |   |   |   | Autres (préciser)  |   |

SI LE MINEUR N’A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTREINDICATION.

**2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**



**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

**ALLERGIES** : ALIMENTAIRES oui non

 MEDICAMENTEUSES oui non

 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non

 Précisez .................................................................................................................

Si oui, joindre un précisant la cause de l’allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** oui n on

 ....................................................................................................................................................

 ....................................................................................................................................................

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

 difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…

 ....................................................................................................................................................

 ....................................................................................................................................................

 ....................................................................................................................................................

 ....................................................................................................................................................

**AUTRES RENSEIGNEMENTS A PORTER A NOTRE CONNAISSANCE**

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : ………………………………………………………………………….

Je soussigné(e)……………………………………………

décalre exacts les renseignements portés sur cette fiche et m’engage à la réactualiser si nécessaire.

 J’autorise le responsable de l’accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l’état de santé de ce mineur.

Date : Signature :