

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : Garçon Fille

1. Enfant

N° téléphone : / / / /

Adresse :
.....

Nom : Prénom :

2. Parents

N° téléphone fixe : / / / /

N° téléphone portable : / / / /

3. Médecin traitant

Nom : Prénom :

N° téléphone : / / / /

4. Vaccinations (se referez au carnet de santé ou au certificat de vaccination)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite			coqueluche		
Ou DT polio			Autres (préciser)		
Ou Tétracoq					
BCG					

5. Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondant (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée et signée du médecin

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

- RUBEOLE.....Oui Non
- VARICELLE.....Oui Non
- ANGINE.....Oui Non
- SCARLATINE.....Oui Non
- OTITE.....Oui Non
- COQUELUCHE.....Oui Non
- ROUGEOLE.....Oui Non
- OREILLONS.....Oui Non
- RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU...Oui Non

L'enfant a-t-il des allergies ? Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

- ASTHMEOui Non
- ALIMENTAIREOui Non
- MEDICAMENTEUSE ..Oui Non
- AUTRESOui Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Recommandations particulières : votre enfant porte-t-il ?

- Des lunettes..... Oui Non
- Des lentillesOui Non
- Des prothèses dentaires... .Oui Non
- Des prothèses auditivesOui Non
- Autres (Précisez) Oui Non

INDIQUEZ CI-APRES :

1.Votre enfant a-t-il des interdictions particulières en matière d'activité physiques et sportives :

.....

.....

2.votre enfants a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....

.....

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

Date :..... Signature :.....