

**NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :** .....

Groupe :       3/5 ans       6/10 ans       10/17ans

**1- VACCINATION** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccinations obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diptérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

Poids : .....kg ; Taille : .....cm

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?      Oui       Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

**ALLERGIES :**

- Alimentaires : .....
- Médicamenteuses : .....
- Autres (animaux, plantes, pollen) précisez : .....

Le mineur présente-t-il un problème de santé, **si oui préciser** : .....

**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, etc.

.....

.....

.....

.....

Nom et tél. du médecin traitant : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts mes renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à ....., le .....

Signature :