

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : garçon  - fille

Date de Naissance : .....

**VACCINATIONS (Obligatoire pour l'inscription) :**

Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant, **OU** joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

**ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE –  
ANTICOQUELUCHEUSE**

| Précisez s'il s'agit : | Vaccins pratiqués | Dates |
|------------------------|-------------------|-------|
| du D.T. Polio          |                   |       |
| du D.T. Coq            |                   |       |
| du Tétracoq            |                   |       |
| d'une prise polio      |                   |       |
| Rappels                |                   |       |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) |       | ANTIVARIOLIQUE |       | AUTRES VACCINS    |       |
|------------------------|-------|----------------|-------|-------------------|-------|
|                        | Dates |                | Dates | Vaccins pratiqués | Dates |
| 1er vaccin             |       | Vaccin         |       |                   |       |
| Revaccination          |       | 1er Rappel     |       |                   |       |

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :**

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

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>Rubéole</b>  | <b>Varicelle</b>  | <b>Angines</b>  | <b>Rhumatismes</b>  | <b>Scarlatine</b>   |
| non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> |
| <b>Coqueluche</b>   | <b>Otites</b>   | <b>Asthme</b>   | <b>Rougeole</b>   | <b>Oreillons</b>  |
| non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> - oui <input type="checkbox"/> |

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :  
(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

**RECOMMANDATIONS DES PARENTS :**

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? non  - oui   
Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

**LE RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° S.S. .... N° Tél. .... N° Tél. ....

Adresse du centre payeur : .....

**Je soussigné, responsable 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 médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.**

Fait à ....., le .....

Signature du Responsable Légal,