

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 :

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatismes	Scarlatine
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"/>
Coqueluche	Otites	Asthme	Rougeole	Oreillons
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/des Responsable(s) Légal(aux),