

NOM du mineur : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin

*Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).*

## 1. VACCINATIONS : cf. carnet de santé ou aux certifications de vaccinations

	Vaccinations	Date		Vaccinations	Date
1	Diphtérie	__ / __ / ____	4	Coqueluche	__ / __ / ____
2	Tétanos	__ / __ / ____	5	Haemophilus	__ / __ / ____
3	Poliomyélite	__ / __ / ____	6	Hépatite B	__ / __ / ____
			7	Pneumocoque C	__ / __ / ____
	Autres :		8	Méningocoque C	__ / __ / ____
		__ / __ / ____	9	Rougeole	__ / __ / ____
		__ / __ / ____	10	Oreillon	__ / __ / ____
	BCG (facultatif)	__ / __ / ____	11	Rubéole	__ / __ / ____

*Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires (les 3 premiers pour les enfants nés avant le 01/01/2018, les 11 vaccins pour les enfants nés depuis le 01/01/2018), joindre un certificat médical de contre-indication.*

## 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : \_\_\_\_\_ kg    Taille : \_\_\_\_\_ cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical :  OUI  NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice)

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

HABITUDE ALIMENTAIRE, précisez : \_\_\_\_\_

ALLERGIES ALIMENTAIRES  OUI  NON

MEDICAMENTEUSES  OUI  NON

AUTRES (animaux, plantes, pollen)  OUI  NON

Précisez : \_\_\_\_\_

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé** ?  OUI  NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie régulière ou occasionnelle, phobies...

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable n°1 : NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Tél travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Responsable n°2 : NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Tél portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Tél travail : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Médecin traitant (facultatif) : NOM : \_\_\_\_\_ Tél \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable légal du mineur, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé du mineur.

Date : \_\_/\_\_/\_\_

Signature :