

Enfant : NOM Prénom

Date de naissance garçon ☐ fille ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou services organisés par la commune. Elle évite de vous démunir de votre carnet de santé.

1 - VACCINATIONS :

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 pris sans ordonnance.

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

* Asthme OUI ☐ NON ☐ * Alimentaires OUI ☐ NON ☐ * Médicamenteuses OUI ☐ NON ☐

* Autres (animaux, plantes, pollen) OUI ☐ NON ☐

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions et des éventuels soins à apporter :

OUI ☐ NON ☐

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

Rubéole OUI ☐ NON ☐	Varicelle OUI ☐ NON ☐	Angine OUI ☐ NON ☐	Rhumatisme Articulaire aigu OUI ☐ NON ☐	Scarlatine OUI ☐ NON ☐
Coqueluche OUI ☐ NON ☐	Otite OUI ☐ NON ☐	Rougeole OUI ☐ NON ☐	Oreillons OUI ☐ NON ☐	

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant

.....

Je soussigné responsable de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date

Signature du Responsable légal