



Centre de Loisirs

Fiche Enfant :

IDENTITE

Sexe : Garçon Fille

Nom : Prénom :

Date naiss. : Ville de naiss. :

RESPONSABLE LEGAL

Nom : Prénom :

Adresse :

① Domicile : ① Portable : ① Travail :

MEDECIN TRAITANT

Nom : Ville :

VACCINATIONS

	Oui	Non	Date du dernier rappel		Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	B.C.G. :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétanos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hépatite B*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	R.O.R* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
DT Polio*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Coqueluche*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétracoq*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Méningite* :	<input type="text"/>		

Vous pouvez joindre une copie des pages Vaccinations du carnet de santé pour éviter de remplir ce tableau. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (*) vous devez joindre un certificat médical de contre-indication.

MALADIES

L'enfant suit actuellement un traitement médical : Oui Non

Si oui, vous devez 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 maladies suivantes ?

Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Otite Rhumatisme articulaire aigu
 Oreillons Rougeole Scarlatine Autres :

DIFFICULTES DE SANTE

L'enfant est-il allergique ? Asthme Alimentaire Médicamenteuse Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

L'enfant bénéficie t'il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : Oui Non
(Si oui, merci de prendre contact avec nous).

RECOMMANDATIONS UTILES

Précisez les autres informations que vous jugez utiles de transmettre au sujet de l'enfant : Vous pouvez par exemple signaler s'il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc...

AUTORISATION

✓ Je soussigné(e) , Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ou du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.



Centre de Loisirs

Square Francis Herry
29400 Lampaul-Guimiliau

Tél: 02.98.68.66.35
06.99.40.76.67 / 06.62.20.04.77

Mail: lampoleloisirs@gmail.com

SIGNATURE

✓ Lu et approuvé

Fait à

Le

Signature du
responsable
légal