– VACCINATIONS

☐ **Fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant inscrites sur le carnet de santé de l'enfant.**

– RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant 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 MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	**AUTRES**
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	……

ALLERGIES : ASTHME oui ❑ non ❑ ……
MEDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑ ……
ALIMENTAIRES oui ❑ non ❑ ……
AUTRES …….

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

……
……
……
……
……
……

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

……
……
……
……
……
……
……
……

5 – RECOMMANDATIONS UTILES

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES…. OU AS-T-IL D'AUTRES SOUCIS DE SANTE :

……
……
……
……
……

Je soussigné, ...responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : **Signature :**