

**1 Enfant** Prénom:

Nom:

Sexe: Fille    Garçon

Date de naissance:

Poids:                      kg

**2 Vaccins** Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations. Joindre une photocopie.

OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates des derniers rappels	RECOMMANDÉS	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio					
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

**3 Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?

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?

Maladie	Oui	Non	Maladie	Oui	Non	Maladie	Oui	Non
Rubéole			Varicelle			Angine		
Rhumatisme articulaire aigü			Coqueluche			Otite		
Scarlatine			Rougeole			Oreillons		

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES CONNUES?

Allergie	Oui	Non	Allergie	Oui	Non
Asthme			Alimentaires		
Médicamenteuse			Autre		

MERCI DE PRÉVISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

INDIQUEZ CI-APRÈS TOUTE DIFFICULTÉ DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, HOSPITALISATION, ...) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE:

## 4 Recommandations utiles des parents

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui: Occasionnellement: Non:  
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui: Non:

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, PROTHÈSES AUDITIVES OU DENTAIRE, ETC ... PRÉCISEZ:

## 5 Autorisation de soins médicaux à remplir par les parents

**En l'absence de ce document, votre enfant ne pourra pas être accueilli sur le séjour.**

Je soussigné(e) (nom et prénom)  
de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse:

Code postal: Ville: Pays:

Numéro de Sécurité Sociale:

Nom et numéro de mutuelle:

Tèl. portable: Tèl. domicile: Tèl. Bureau:

**Autorise les responsables à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :**

Nom: Prémon:

Né(e) le: Sexe:

**En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est Monsieur/Madame**

Nom: Prémon: lien de parenté:

Adresse:

Code postal: Ville: Pays:

Tèl. portable: Tèl. domicile: Tèl. Bureau:

**Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte. Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.**

Fait à le

**Signature obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé"**