

Nom et prénom de l'enfant :
.....

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX & SANTÉ :

Nom - Prénom : Responsable légal, en qualité de.....
Certifie que l'enfant, NOM..... Prénom..... est à jour de toutes ses vaccinations obligatoires et est, à ce jour apte à la vie en collectivités.

Merci de nous transmettre la copie du carnet de vaccination. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec ce dossier.

L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies ci-dessous :

| | OUI | NON |
|------------|--------------------------|--------------------------|
| Rubéole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | OUI | NON |
|-----------|--------------------------|--------------------------|
| Oreillons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otites | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rougeole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | OUI | NON |
|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Angine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rhumatismes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L'enfant fait-il de l'asthme ? OUI NON Si oui, dans quel cas ?

Poids de l'enfant :

Votre enfant est-il concerné par des allergies : (Si oui, merci de fournir le PAI)

Médicamenteuses Alimentaires Autres.....

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique pour raison médicale ou de conviction : OUI NON

Si oui, lequel ? Sans porc Sans viande Végétarien Autres.....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, merci de joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Nom et Prénom du médecin traitant :

Coordonnées du médecin traitant (téléphone, adresse postale) :

RECOMMANDATIONS UTILES POUR LE SÉJOUR :

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...)

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires : OUI NON

Votre enfant a-t-il des difficultés de motricité, de fatigabilité, de compréhension, de comportement ou de relation sociale : OUI NON Si oui, précisez

Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement spécifique dans les actes de la vie quotidienne et/ou la pratique des activités en séjours vacances ? OUI NON Si oui, précisez

Avez-vous des recommandations d'ordre général ? Des informations sur un suivi particulier de l'enfant ? (doudou, veilleuse, énurésie...)

