

NOM du participant :

PRENOM :

Date de naissance : / /

1. VACCINATION

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-oreillons	
				Rougeole	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Covid 19	
				Autres (précisez)	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Suit-il un traitement médical pendant le dispositif ? Oui Non

Si, oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Allergies (Cochez)

Alimentaires oui non

Médicamenteuses oui non

Autres (animaux, plantes, pollen...) oui non

Précisez :

Si oui, joindre une note précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui précisez.** oui non

.....
.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Le mineur porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèse auditive, etc...

.....
.....

4. RESPONSABLES DU MINEUR

Représentant légal 1

Nom, prénom :

Adresse :

Tél portable : Tél domicile :

Mail :

Représentant légal 2

Nom, prénom :

Adresse :

Tél portable : Tél domicile :

Mail :

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de mon fils, de ma fille.

Fait à :

Date

Signature