

NOM du participant : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

### 1. VACCINATION

Vaccinations obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-oreillons Rougeole	
				Pneumocoque	
				BCG	
				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