

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