



**1) MINEUR ACCUEILLI :**

NOM: .....

PRENOM: .....

DATE DE NAISSANCE: .....

GARÇON  FILLE

SEJOUR : .....

**Le mineur suit-il un traitement médical régulier ?** NON  OUI

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans une pochette avec leur emballage d'origine et la notice marquée au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre **en cas d'urgence** pendant le déroulement de l'accueil de loisirs ou le séjour avec hébergement ?

NON  OUI

Si oui, précisez :

.....

**2) VACCINATIONS** (le tableau ci-dessous doit être accompagné des copies des pages de vaccinations du carnet de santé sans omettre de mentionner le nom et prénom du mineur concerné)

Vaccins* obligatoires avant janvier 2018	Date du dernier rappel :
Diphtérie	___/___/___
Tétanos	___/___/___
Poliomyélite ou DT Polio ou Tétracoq	___/___/___

**Autres difficultés de santé et précautions à prendre** (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération ...) :

.....

Pour information : Vaccins obligatoires après janvier 2018	
Diphtérie	Méningocoque C
Tétanos	Hépatite B
Poliomyélite	Haemophilus influenzae de type b (HIB)
Diphtérie	Pneumocoque
Tétanos	ROR
Coqueluche	

**4) RECOMMANDATIONS UTILES SIGNALÉES PAR LES PARENTS**

(l'enfant ou le jeune porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, problème d'énurésie ...) :

.....

.....

**5) RESPONSABLE(S) DU MINEUR**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse (pendant le séjour): .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Tél fixe et/ou portable : .....

NOM et Téléphone du médecin traitant : .....

.....

Je soussigné, ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil collectif de mineurs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Date :

Signature(s) :

\* rappel tous les 5 ans pour les vaccins obligatoires pour les mineurs jusqu'à 13 ans

**3) RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE MINEUR ACCUEILLI**

Le mineur présente-t-il des troubles de santé ?

Allergies alimentaires : NON  OUI  Préciser : .....

Allergies médicamenteuses : NON  OUI  Préciser : .....

Autres allergies : NON  OUI  Préciser : .....

Asthme : NON  OUI

Diabète : NON  OUI

Epilepsie : NON  OUI

Autres : NON  OUI  Préciser : .....