

JEUNE

Nom : Prénom : Fille Garçon

Date de naissance : Poids de l'enfant : Taille de l'enfant :

VACCINATIONS

Merci SVP de nous faire passer la photocopie du carnet de santé pour les vaccins Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (D.T.P).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Le jeune doit-il suivre un traitement pendant les animations proposées par l'Espace Jeunes ? Oui Non
Dans l'affirmative, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le jeune a-t-il les allergies suivantes ?

- Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- Autres (préciser)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....

.....

Le jeune a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)? Dans l'affirmative, préciser les précautions à prendre.

.....

.....

.....

Le jeune a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme	Scarlatine	Coqueluche	Otites
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Asthme	Rougeole	Oreillons
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom, Adresse et ☎ du médecin traitant :

.....

.....

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à

Le.....

Signature du responsable légal