Cette fiche permet aux familles de transmettre des informations importantes concernant la santé de l'enfant au responsable du groupe (ou l'assistant sanitaire)

A retourner sous enveloppe portant le nom du mineur

Nom Prénom de l'enfant :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

LE JEUNE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE				VARICELLE				ANGINES				RHUMATISMES				SCARLATINE			
oui		non		oui		non		oui		non		oui		non		oui		non	
COQUELUCHE				OTITES				ASTHME				ROUGEOLE				OREILLONS			
oui		non		oui		non		oui		non		oui		non		oui		non	

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE :
(Maladies, accidents, crises, convulsives***, allergies***, hospitalisation, opérations, chirurgicales)

…… __/__/__
…… __/__/__
…… __/__/__

Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires (pour les mineures nées avant le 01/01/18) :

- la vaccination antidiphtérique	Oui		Non	
- la vaccination antitétanique	Oui		Non	
- la vaccination antipoliomyélitique	Oui		Non	

RECOMMANDATION DES PARENTS :

……
……
……

ACTUELLEMENT LE JEUNE SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non ☐ oui ☐

SI OUI, LEQUEL ?……
SE LE JEUNE DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, **N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.**

MEDECIN TRAITANT : ……TEL : ……..

(Pensez à joindre les photocopies du carnet de vaccination)

NOMS /PRENOMS
Des parents

SIGNATURE