



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

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 SUIV-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