



NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>
Lieu de naissance :	

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par l'ALJ « Entre Thue et Mue ». Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

1. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../.....	Coqueluche	.../.../.....
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../.....	Hépatite B	.../.../.....
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../.....	Rubéole - Oreillons - Rougeole	.../.../.....
OU DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../.....	BCG	.../.../.....
OU Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.../.../.....	Autres (préciser)	.../.../.....

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA VIE EN COLLECTIVITÉ. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

• Suit-il un traitement médical au quotidien? OUI NON

• Dispose-t-il d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)? OUI NON

Si oui, joindre une copie, et le cas échéant, 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 ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE ET UNIQUEMENT AVEC L'ACCORD DU RESPONSABLE DU CENTRE.**

• L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes :

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (Précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si régime alimentaire particulier, précisez :

.....

• Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication, le signaler)** :

.....

• Informations concernant le régime alimentaire de l'enfant :

.....

• Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'information médicale** (information sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter**? OUI NON

.....

• L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Coqueluche	Rhumatisme articulaire aigu
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"/>	
Oreillons	Otite	Rougeole	Scarlatine	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"/>

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

	OUI	NON
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurésie nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Autres informations que vous jugez utiles de transmettre à l'équipe :

.....

4. RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM..... Prénom

Adresse

TEL DOMICILE..... TEL TRAVAIL..... TEL PORTABLE.....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL



Association Loisirs Jeunesse « Entre Thue et Mue »
 8 Avenue de la Stèle - Parc d'Activités de Cardonville
 Bretteville l'Orgueilleuse
 14740 Thue et Mue
 02.31.74.43.31
 www.aljentrethueetmue.com
 secretariat@aljentrethueetmue.com