



## Fiche enfant

### Identité

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

Nom :  Prénom :

Date naiss. :  Ville de naiss. :

### Responsable légal

Nom :  Prénom :

Adresse :

① Domicile :  ① Portable :  ① Travail :

### Médecin traitant

Nom :  Ville :

### Vaccinations

	Oui	Non	Date du dernier rappel		Oui	Non	Date du dernier rappel
BCG :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Pneumocoque* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
DTP* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	ROR* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Coqueluche* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Méningocoque C* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HIB* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rotavirus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hépatite B* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Autres (préciser) :	<input type="text"/>		

Vous devez joindre une copie des pages Vaccinations du carnet de santé en plus de remplir ce tableau. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires (\* enfant né à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018) vous devez joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

### Maladies

L'enfant suit actuellement un traitement médical : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, vous devez 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.

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

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Angine ☐ Coqueluche ☐ Otite ☐ Rhumatisme articulaire aigu  
☐ Oreillons ☐ Rougeole ☐ Scarlatine ☐ Autres :

## Difficultés de santé

L'enfant est-il allergique ? ☐ Asthme ☐ Alimentaire ☐ Médicamenteuse ☐ Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) de l'enfant en précisant les dates et les éventuelles précautions à prendre :

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : ☐ Oui ☐ Non

## Recommandations utiles

Précisez les autres informations que vous jugez utiles de transmettre au sujet de l'enfant : Vous pouvez par exemple signaler s'il porte des lunettes ou des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, etc...

## Autorisation

Je soussigné(e)  , Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure ou du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

## Association Centre de loisirs du Ravillon

*Association Loi 1901 agréée SDJES  
Centre de loisirs sans hébergement  
Activités culturelles et de loisirs*

1, rue Saint Germain – Guerchy 89113 Valravillon  
Tél. : 07 86 07 31 26

Email [centreloisirsravillon@gmail.com](mailto:centreloisirsravillon@gmail.com)  
<http://www.ccaillantais.fr/centre-de-loisirs-du-ravillon/>

## Signature

☒ Lu et approuvé

Fait à

Le

Signature du  
responsable  
légal