

Notice : Pour fonctionner
correctement ce formulaire
nécessite le logiciel gratuit

[Acrobat Reader](#)

UNITE

Fiche « Activités » du _____ au _____

Fiche « Camp » du _____ au _____

ENFANT

NOM Prénom _____

Date de naissance _____

N° Sécurité Sociale _____

Joindre à ce document une copie de l'attestation de droits ([Assurance maladie](#)) et une copie de l'attestation de mutuelle complémentaire des parents.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Préciser le numéro de téléphone des personnes pendant les activités/le camp.

NOM Prénom _____

Tel : _____ Lien avec l'enfant _____

NOM Prénom _____

Tel : _____ Lien avec l'enfant _____

NOM Prénom _____

Tel : _____ Lien avec l'enfant _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant ...

... suit-il un P.A.I. (Projet d'accueil individualisé) ? OUI NON

Si oui, joindre le protocole et toutes les informations utiles.

... mouille-t-il son lit ? OUI OCCASIONNELLEMENT NON

... est-elle réglée (s'il s'agit d'une fille) ? OUI NON

... porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc ? OUI NON

Préciser _____

Vaccinations



Merci de joindre une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccinations ou attestation du médecin.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Allergies

Asthme	OUI	NON	Médicamenteuse	OUI	NON
Alimentaire	OUI	NON	Autre	OUI	NON

Historique médical significatif

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

Rubéole	OUI	NON	Coqueluche	OUI	NON
Varicelle	OUI	NON	Rougeole	OUI	NON
Rhumatisme articulaire	OUI	NON	Oreillons	OUI	NON
Scarlatine	OUI	NON	Otite	OUI	NON

- L'enfant a-t-il (eu) des problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...)? Merci de préciser pour chaque problème les date(s) et précaution(s) à prendre.

TRAITEMENT MEDICAL ET CONDUITE A TENIR

- L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments, dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant, avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- Causes et conduite à tenir concernant les allergies de l'enfant

Je, soussigné(e) _____, responsable légal du mineur, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Date et signature :

A remplir par le directeur (à l'attention de la famille)

Document(s) à rendre à la famille après les activités/le camp.

Observations :