



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

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Polioomyélite	<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 (préciser)	<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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rhumatisme articulaire aigu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Oreillons OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Crite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine 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



FERME EQUESTRE LES KORRIGANS
56120 LA CROIX HELLEAN
Tel : 0610254688

leskorrigans56120@gmail.com - <https://korrigans56.fr>
N° TVA Intracommunautaire : FR88390040194
N° SIRET : 39004019400016FR