



ENFANT ☐ Lutin·e ☐ Louveteau·vette ☐ Éclé·e ☐ Aîné·e
Nom : Prénom :
Né·e le : Sexe : ☐ F ☐ M Poids : kg

VOTRE ENFANT EST-IL À JOUR DE SES VACCINS OBLIGATOIRES ?*

• **Enfant né avant le 01/01/2018** (DTP ou DT polio ou Tetracoq) : ☐ OUI ☐ NON
Vaccins facultatifs effectués en plus : ☐ Hépatite ☐ Rubéole Oreillons Rougeole ☐ Coqueluche

• **Enfant né depuis le 01/01/2018** (DTP ou DT polio ou Tetracoq, Coqueluche, Haemophilus influenzae b, Hépatite B, Méningocoque C (ou ACWY), Pneumocoque, Rougeole, Oreillons, Rubéole) : ☐ OUI ☐ NON

* *Joindre impérativement la copie de toutes les pages vaccination du carnet de santé.
Si votre enfant n'est pas à jour, joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication.*

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

• **Suivra-t-il un traitement médical pendant le séjour ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente avec le traitement fourni dans son emballage d'origine marqué au nom de l'enfant et contenant la notice. Aucun médicament ne pourra être délivré sans ordonnance, y compris le paracétamol.

• **A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Rubéole : ☐ OUI ☐ NON	Varicelle : ☐ OUI ☐ NON	Angine : ☐ OUI ☐ NON
RAA* : ☐ OUI ☐ NON	Coqueluche : ☐ OUI ☐ NON	Otite : ☐ OUI ☐ NON
Scarlatine : ☐ OUI ☐ NON	Rougeole : ☐ OUI ☐ NON	Oreillons : ☐ OUI ☐ NON

* Rhumatisme Articulaire Aigü suite à une angine à streptocoque

• **A-t-il des allergies connues ?**

Asthme : ☐ OUI ☐ NON	Alimentaire : ☐ OUI ☐ NON
Médicamenteuse : ☐ OUI ☐ NON	Autre : ☐ OUI ☐ NON

Merci de préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

• **Autres difficultés de santé**

*Tout évènement que vous jugez utile de nous communiquer (maladie, accident, hospitalisation, etc).
Pour le bien-être des enfants et des équipes, merci de mentionner également tout trouble psychique diagnostiqué ou suspecté (TCA, TDHA, TSA, TOC, etc) en précisant les conduites éventuelles à tenir.*

.....
.....
.....

• **Autres recommandations utiles**

L'enfant mouille-t-il son lit ?	☐ OUI ☐ NON	☐ Occasionnellement
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?	☐ OUI ☐ NON	

Votre enfant porte-t-il :

- Des lunettes ?	☐ OUI ☐ NON
- Un appareil dentaire ?	☐ OUI ☐ NON
- Une prothèse auditive ?	☐ OUI ☐ NON
- Autre (précisez) :	

AUTORISATION DE SOINS MÉDICAUX

En l'absence de ce document dûment signé, votre enfant ne pourra pas être accueilli.

Je soussigné(e)

Nom : Prénom : (personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. domicile : Tél. portable : Téléphone bureau :

Numéro de sécurité sociale :

Nom de la mutuelle et n° de contrat :

Autorise les responsables à faire pratiquer par un praticien, après consultation, tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, d'intervention chirurgicale urgente, de maladie contagieuse ou toute autre affection grave, au mineur :

Nom : Prénom : Né-e le : Sexe : ☐ F ☐ M

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est monsieur/madame :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. domicile : Tél. portable : Téléphone bureau :

Je m'engage à rembourser à l'association l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques éventuellement déboursés pour mon compte.

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés ci-dessus.

Fait à : Le :

**Signature obligatoire,
précédée de la mention « Lu et approuvé » :**