



Nom et prénom du jeune:.....

Sexe:..... Date de naissance:...../...../..... À

Vaccinations (se référer au carnet de santé):

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTÉRIE				HÉPATITE B	
TÉTANOS				RUBÉOLE	
POLIOMYÉLITE				OREILLONS	
DT POLIO				ROUGEOLE	
TÉTACOQ				COQUELUCHE	
R.C.G				AUTRES	
MONOTEST					

Vous pouvez joindre la photocopie des vaccins du carnet de santé

Renseignements médicaux concernant le jeune

Le jeune suit-il un traitement médical? Oui non

Si oui, lequel:.....

Allergies: asthme oui non

 médicamenteuses oui non

 alimentaires oui non

 autres:.....

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

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

Recommandations utiles des parents

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre

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

Responsable du jeune

Nom: prénom:.....

Adresse complète:

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

Téléphone fixe et portable:.....

Téléphone professionnel:.....

Je soussigné, responsable du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du centre d'animation, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du jeune.

Date:.....

Signature: