

**ALLERGIES :** ALIMENTAIRES : oui  non   
 MEDICAMENTEUSES : oui  non   
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui  non   
**PAI** (Protocole d'accueil individualisée) : oui  non   
**(Joindre le PAI de l'enfant)**

Précisez :  
 .....  
 .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la Conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** oui non

.....  
 .....

Le mineur est-il porteur de handicap : oui non précisez : .....

Percevez-vous l'AAEH : oui non si oui, joindre une copie de la notification

**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou audition, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc

.....  
 .....

**4- RESPONSABLES DU MINEUR**

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....  
 TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....  
 TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

NOM DU MINEUR : .....  
 PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....  
 SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES D E S DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
Autres (préciser)					

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Précisez le traitement : .....