

1. VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination vous pouvez joindre une photocopie du carnet de vaccinations)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			

(Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indications)

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR.

Poids.....

Taille.....

(Informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ?

OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et 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.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté) des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

OUI NON

Lesquels.....
.....
.....

3. RECOMMANDATION DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportements de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne.

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

OBSERVATIONS.....

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

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

OUI NON

4. ALLERGIES

MEDICAMENTEUSES

OUI NON

ALIMENTAIRES

OUI NON

J'autorise la prise et la diffusion d'une photo de mon enfant, exclusivement dans les restaurants scolaires pour assurer la prise en compte de l'allergie

OUI NON

Jours de présences à l'école ou au centre :

(Cochers la ou les cases correspondante(s))

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Type(s) d'allergies ou intolérance(s).....

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

Signe(s) apparent(s) et conduite à tenir.....

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

Demande de Projet d'Accueil Individualisé : (PAI)

OUI NON