

Nom du jeune : _____

Prénom : _____

 Date de naissance : ___/___/___

 Sexe : M F

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations du jeune)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Haemophilus Influenzae B					
Coqueluche					
Rougeole					
Oreillons					
Rubéole					
Méningocoque C					
Pneumocoque					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRE JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE INDICATION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE :

Le jeune suit-il actuellement un traitement médical ? OUI NON

Doit-il prendre le traitement durant ses présences au CLE ? OUI NON

Si oui, joindre une ORDONNANCE récente et les MEDICAMENTS correspondants (boite de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

LE JEUNE A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON

MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

AUTRES

PRECISEZ

Précisez la cause de l'ALLERGIE et détaillez la conduite à tenir (si auto médication le signaler)

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

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

RESPONSABLES DU JEUNE :

NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

N° DE TELEPHONE : portable..... bureau

MEDECIN TRAITANT (facultatif) NOM..... N°.....

Je soussigné..... Responsable(s) légal (légaux) du jeune, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du CLE à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état du jeune.

Date :

signature

signature