

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