



**L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?**

| Rubéole                      |                              | Varicelle                    |                              | Angine                       |                              | Rhumatisme Articulaire aigu  |                              | Scarlatine                   |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche                   |                              | Otite                        |                              | Rougeole                     |                              | Oreillons                    |                              |                              |                              |
| Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |                              |                              |

**3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

Régime alimentaire : aucun  / sans porc  / sans viande  / autres : .....

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil :

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

POUR LES 3/6 ANS L'enfant mouille t-il son lit ? Oui  Non  Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui  Non

**4- RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse complète (pendant le centre de loisirs ou séjour) :

.....  
 .....

Tél. domicile : ..... Tél travail : .....

Tél portable mère : ..... Tél portable père : .....

Autre personne à prévenir :

Nom : ..... lien parenté : .....

Tél portable : ..... Tél fixe : .....

**Nom et téléphone du médecin traitant :** .....

.....

**N° Sécurité Social (auquel est affilié l'enfant) :** .....

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 des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : .....

Signature du père       Signature de la mère       Signature du responsable légal