



CERFA n°10008*02

2025-2026

Enfant : ☐ Femme ☐ Garçon ☐ Date de naissance :

Nom : _____

Prénom : _____

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (<i>préciser</i>)			
ou Tétracoque							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Note: le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

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

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non
Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

☐ oui ☐ non	Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	Otitte	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ oui ☐ non		☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non

Allergies : médicaments	☐ oui	☐ non
alimentaires	☐ oui	☐ non
	☐ asthme	☐ non
	☐ autres	☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse pendant le séjour : _____

Tél. domicile : _____ travail : _____

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*) _____

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :

Date :

A remplir par le directeur du centre à l'attention de la famille

Coordonnées de l'organisateur :

Observations :