

Nous contacter

VACANCES LOISIRS LE THOU-LANDRAIS

Accueil | **Mon Compte** (circled in red) | Inscription | Finances | Mes Alertes (21)

## Mon compte

RÉFÉRENT

ADULTE

**+ Ajouter un nouvel enfant**

**Modifier les données ?** (circled in red)

## Mon compte

Dans cet espace, vous avez la possibilité de consulter et modifier l'ensemble des données liées aux membres de votre famille.

**FICHE D'INFORMATIONS** **PERSONNES AUTORISÉES** **FICHE MÉDICAL** (circled in red)

## Fiche médicale

Pour remplir cette fiche, se reporter au carnet de santé exemple ci-après

Mon document

Après avoir complété votre fiche médicale, vous pouvez la [télécharger](#).

Après l'avoir téléchargée, il vous suffit de la valider en signant le document, puis de l'envoyer cachetée à votre structure.

### Vaccins

Diphhtérie - Date 1	Diphhtérie - Date 2				
16	avr.	2020	10	juin	2025
Tétanos - Date 1	Tétanos - Date 2				
16	avr.	2020	10	juin	2025
Poliomyélite - Date 1	Poliomyélite - Date 2				
16	avr.	2020	10	juin	2025
D.T.P - Date 1	D.T.P - Date 2				
16	avr.	2020	10	juin	2025
D.T.P - Date 3					
jour	Mois	Année			
Tétracoq - Date 1	Tétracoq - Date 2				
16	avr.	2020	jour	Mois	Année
B.C.G - Date 2	B.C.G - Date 2				
jour	Mois	Année	jour	Mois	Année
R.O.R - Date 1	R.O.R - Date 2				
24	mai	2020	9	oct.	2020
Coqueluche - Date	Monotest - Date				
16	avr.	2020	jour	Mois	Année
D.T.C.P - Date 1	D.T.C.P - Date 2				
16	avr.	2020	jour	Mois	Année
D.T.C.P - Date 3	D.T.C.P - Date 4				
jour	Mois	Année	jour	Mois	Année
Pentavac - Date 1	Pentavac - Date 2				
16	avr.	2020	jour	Mois	Année
Pentavac - Date 3	Pentavac - Date 4				
jour	Mois	Année	jour	Mois	Année
Hépatite - Date 1	Hépatite - Date 2				
16	avr.	2020	jour	Mois	Année

Hépatite - Date 3			
jour		Mois	
Année			
Prévenar - Date 1			
7	juin	2019	
Prévenar - Date 2			
14	août	2019	
Prévenar - Date 3			
jour	Mois	Année	
Prévenar - Date 4			
jour	Mois	Année	
Autre vaccin			
<input style="width: 100%; height: 40px; background-color: red; border: none;" type="text"/>			
Autre vaccin - Date			
jour	Mois	Année	
Autre vaccin			
<input style="width: 100%; height: 40px; background-color: red; border: none;" type="text"/>			
Autre vaccin - Date			
jour	Mois	Année	

## Maladies

- L'enfant suit un traitement médical

Rubéole     Varicelle     Angine     Rhumatisme     Otite     Rougeole     Scarlatine     Coqueluche     Oreillons

## Allergies

- Asthme       Alimentaire       Médicamenteuse

## Allergies autres

Autre allergie

### Alimentaire

Médicamenteuse

#### **Difficultés de santé**

#### Difficulté de santé 1

Cause allergie 1

### Recommandations utiles

## Recommandation 1

#### **Recommandation 2**

lunette de vue depuis septembre 2023

## Exemples

#### **ecommendation 2**

### Recommendation 3

#### **Recommendation 4**

#### Recommandation 5

Je certifie exactes les informations saisies dans le formulaire

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations recueillies soient exploitées par ma structure dans le cadre d'un incident médical pouvant survenir pendant le séjour.  
Pour plus de détail sur le traitement de vos données, consulter la page de [Traitement des données](#)

Merci de cocher les deux cases puis de valider , il ne sera pas nécessaire d'imprimer le document pour le centre de loisirs tout est informatisé grâce à votre validation ici =>

Valider



cerfa

N° 12594\*02

Nom : Prénom : Né(e) le :  jour  mois  année

## Vaccinations obligatoires

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l'*haemophilus influenzae b* et l'hépatite B\*

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur
Date 1 : Diphtérie; Tétanos; Poliomyélite; D.T.P; Tétracoq; Coqueluche; D.T.C.P; Pentavac; Hépatite			
Date 2 : Diphtérie; Tétanos; Poliomyélite; D.T.P; Tétracoq; Coqueluche; D.T.C.P; Pentavac; Hépatite			
Date 3 : Diphtérie; Tétanos; Poliomyélite; D.T.P; Tétracoq; Coqueluche; D.T.C.P; Pentavac; Hépatite			

\* Si le vaccin contre l'hépatite B est effectué à l'aide d'un vaccin monovalent, le reporter page 100.

Si utilisation d'un vaccin autre que le vaccin hexavalent, préciser le nom du vaccin.

## Vaccination contre les infections à pneumocoque

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur
Date 1	Prévenar		
Date 2	Prévenar		
Date 3	Prévenar		

## Vaccination contre les infections invasives à mениngocoque de sérogroupe C

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur
	Autre vaccin		

Nom : Prénom : Né(e) le :  jour  mois  année

N° 12594\*02

## Vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) (measles, mumps, rubella)

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur
	Date 1 : R.O.R;		
	Date 2 : R.O.R;		

## Vaccination contre la fièvre jaune : Guyane\* (yellow fever)

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur
	Autre vaccin		

\* Ce vaccin est obligatoire en Guyane.

## Vaccinations recommandées

### Résultat du test de dépistage (si indiqué)

Date	Intradermoréaction à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat	Signature et identification du vaccinateur
Date pour le Monostest					

## Vaccination antituberculeuse : BCG\*

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur
Date pour le B.C.G			

\* Ce vaccin est recommandé pour tous les enfants vivant en Île-de-France, en Guyane, à Mayotte, ainsi que les enfants confrontés au risque de tuberculose.



Né(e) le :  jour  mois  année

## RAPPELS

## Vaccination contre la diphtérie, le tétonas, la poliomyalgie\*, la coqueluche (*pertussis*)<sup>(1)</sup>

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur
	Diphthéries; Tétanos; Poliomyélite; D.T.P; Tétracoq; Coqueluche; D.T.C.P.		

\* Rappels obligatoires.

(1) Rappel à 6 ans : DTCaP ; rappel à 13 ans dTcaP.

## Vaccination contre le papillomavirus

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

## Vaccination contre l'hépatite B

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

Prepared exclusively for [REDACTED] (Email: [REDACTED])

Né(e) le :  jour     mois     année

## Autres vaccinations



## Statut clinique ou immunitaire pour les maladies à prévention vaccinale

Inscrivez dans le tableau ci-dessous le diagnostic pour des maladies à prévention vaccinale ainsi que le résultat de la recherche éventuelle d'anticorps spécifiques pour ces maladies, même en dehors d'un contexte clinique évocateur (varicelle, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, coqueluche).

Date du diagnostic	Maladie	Sérologie éventuelle		PCR	Signature et identification du médecin (nom, cachet)
		Date	Résultat		
					Si ici figure des indications du corps médical, merci de le reporter dans l'encadré Maladies : Rubéole, Varicelle, Rougeole, Coqueluche, Oreillons.

## Autres maladies contagieuses et épidémiques

(les maladies à prévention vaccinale doivent figurer dans le tableau ci-contre)

Date	Maladie	Observations et complications	Signature et identification du médecin

## Résultats des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse\* : intradermoréaction à la tuberculine (IDR)

Date	Intradermoréaction à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat (en mm d'induration)	Signature et identification du médecin

\* En cas de tuberculose contagieuse dans l'entourage ou en cas de suspicion clinique.

## Résultats des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse\* : tests de détection de la production d'interféron gamma (IGRA)

Date	Test IGRA	Résultat	Signature et identification du médecin

\* En cas de tuberculose contagieuse dans l'entourage ou en cas de suspicion clinique.