





# Mon compte






RÉFÉRENT







ADULTE







+ Ajouter un nouvel enfant

Modifier les données ?

## 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 MÉDICALE**

## 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

|                       |      |      |                       |      |       |
|-----------------------|------|------|-----------------------|------|-------|
| Diphtérie - Date 1    |      |      | Diphtérie - 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                 |      |       |
| 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                 |      |       |
| Pentavac - Date 1     |      |      | Pentavac - Date 2     |      |       |
| 16                    | avr. | 2020 | jour                  | Mois | Année |
| Pentavac - Date 3     |      |      | Pentavac - Date 4     |      |       |
| jour                  |      |      | Mois                  |      |       |
|                       |      |      | Année                 |      |       |
| Hépatite - Date 1     |      |      | Hépatite - Date 2     |      |       |
| 16                    | avr. | 2020 | jour                  | Mois | Année |

|                   |      |       |
|-------------------|------|-------|
| Hépatite - Date 3 |      |       |
| jour              | Mois | Année |

|                      |      |       |                     |      |       |
|----------------------|------|-------|---------------------|------|-------|
| Prévenir - Date 1    |      |       | Prévenir - Date 2   |      |       |
| 7                    | juin | 2019  | 14                  | août | 2019  |
| Prévenir - Date 3    |      |       | Prévenir - Date 4   |      |       |
| jour                 | Mois | Année | jour                | Mois | Année |
| Autre vaccin         |      |       | Autre vaccin - Date |      |       |
| <input type="text"/> |      |       | jour                | Mois | Année |
| Autre vaccin         |      |       | Autre vaccin - Date |      |       |
| <input type="text"/> |      |       | 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  Cause allergie 1

### Difficultés de santé

Difficulté de santé 1  Difficulté de santé 2

### Recommandations utiles

Recommandation 1  lunette de vue depuis septembre 2023 [Exemples](#)

Recommandation 2  Baisse d'audition rdv en aout , 30% de moins

Recommandation 3

Recommandation 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 =>

[Annuler](#) [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 méningocoque de sérogroupe C

| Date | Vaccin       | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------------|-----|--------------------------------------------|
|      | Autre vaccin |     |                                            |
|      |              |     |                                            |

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

cerfa  
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

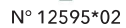
### Résultat du test de dépistage (si indiqué)

| 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

[illegible]

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--------------------------------------------|
|      |        |     |                                            |
|      |        |     |                                            |
|      |        |     |                                            |





## 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.