

ENFANT

NOM/PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

VACCINATIONS

Fournir la copie du carnet de vaccinations

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat

Médical de contre-indication

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des Lunettes, des Lentilles, des Prothèses

Auditives ou Dentaires ? Oui Non

Précisez :

.....

EN CAS D'URGENCE

Responsable de l'enfant :

Nom : Prénom :

Tel Domicile : Tel Travail : Tel portable :

Nom et n° de téléphone du Médecin Traitant :

Hôpital souhaité :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de cet enfant.

Date :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUXL'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si OUI, joindre une ordonnance récente ou un PAI.

ALLERGIESALIMENTAIRE ASTHME MEDICAMENTEUSE **PRECAUTIONS A PRENDRE ET CONDUITE A TENIR**

.....

.....

.....

.....

Signature du responsable légal :