



ENFANT

Nom.....

Prénom.....

VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Date du DT POLIO.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Nom du médecin traitant et tél.....

L'enfant suit il un traitement médical : OUI NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Allergie.....

Allergie médicamenteuse.....

Allergie alimentaire.....

Autre.....

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

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

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte il des lentilles, lunettes, prothèses auditives....Précisez

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

Je soussigné....., responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable du secteur jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature