

Responsable de l'enfant ayant l'exercice de l'autorité parentale:

Nom – Prénom.....

N° de sécurité sociale : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ Centre payeur :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Adresse..... tél. : _ / _ / _ / _ / _ / _

- A-t-il des allergies alimentaires ? Oui (joindre un certificat médical) non

Si oui, lesquelles.....

- A-t-il des allergies médicamenteuses ? Oui (joindre un certificat médical) non

Si oui, lesquelles

Autres.....

Suit-il un régime alimentaire particulier (par religion, pour raisons médicales..) ?

Oui Non Si oui, lequel ?.....

A-t-il un traitement ?

Oui Non Si oui, joindre obligatoirement l'ordonnance ou sa copie

VACCINATIONS

Joindre la photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé copies jointes

L'enfant est-il sujet à l'asthme ? oui non

A-t-il eu des problèmes de santé (hospitalisation, opérations, accidents..) ?

Oui Non

Si oui, lesquels et à quelle date

.....

A-t-il déjà eu des maladies infantiles (varicelle, oreillons ...) ?

Oui Non

Si oui, lesquelles :

.....

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....
.....

Je soussigné,(nom,prénom)détenteur(ice) de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage par ailleurs à signaler toutes modifications de l'état de santé de mon enfant en cours d'année ainsi que toute modification relative aux renseignements portés sur la fiche de renseignements (situation familiale, n° téléphone – adresse – employeur.....)

Le.....

Signature