

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'état de santé de mon enfant ne nécessite pas de régime alimentaire particulier
 nécessite le régime alimentaire suivant :

Allergies

Alimentaires Asthme Médicamenteuse(s) Autres :

Maladies déjà contractées

Rubéole Coqueluche Rougeole Scarlatine
 Varicelle Otite Angine Autres :

Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates	Oui	Non
Diphtérie Tétanos Poliomyélite				Hépatite B			
				Rubéole			
				Coqueluche			
BCG				Varicelle			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Recommandations utiles

L'enfant a-t-il :

Lentilles oui non Lunettes oui non
Prothèses dentaires oui non Prothèses auditives oui non

Régime alimentaire spécifique :

Difficultés de santé

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ? Lesquelles ? (Réponse facultative)

.....
.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Nom : Prénom :

Téléphone domicile : Téléphone travail :

Autorisations

Je soussigné(e) (Nom et prénom)

Autorise les personnes ci-dessous à prendre mon enfant

dans le cadre de l'année scolaire, à la sortie de l'école, après la garderie et l'ALSH

NOM	PRENOM	TELEPHONE		NOM	PRENOM	TELEPHONE

Nous vous rappelons que ces personnes devront se munir d'une pièce d'identité

Date :

Signature :