

ENFANT :

NOM..... PRENOM.....
 SEXE : M F DATE DE NAISSANCE AGE :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE BESOIN

NOM ET PRENOM :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tel Domicile : Tel Travail Tel Portable :

VACCINATIONS: (se référer au carnet de santé de vaccinations de l'enfant. Indiquer les dates si dessous ou faire 1 photocopie)

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIER RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	OUI	NON	DATES
Diphthérie		Hépatite B			
Tétanos		Rubéole-Oreillons-Rougeolle			
Poliomyélite		Coqueluche			
OU DT poli		BCG			
OU Tétracoq		Autres (précisez)			

RENSEIGNEMENTS (l'enfant à t il déjà eu)

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Angines			Coqueluche			Scarlatine		
Varicelle			Otites			Rhumatismes			Rougeole		

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

Indiquer les difficultés de santé rencontrées (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisations, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre, joindre une feuille si nécessaire.

ALLERGIES:

MEDICAMENTEUSE Oui / Non si oui lesquelles ?
 ALIMENTAIRES Oui / Non si oui lesquelles ?
 AUTRES :
 ASTHME : Oui / Non

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Je soussigné Responsable légale de

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

FAIT A : LE SIGNATURE: