

ENFANT

Nom..... Prénom

Date de naissance..... Lieu de Naissance.....

Sexe : Féminin Masculin

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable : Fixe :

Travail :

Nom du Médecin Traitant de l'Enfant : ☎ :

VACCINS - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

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

Entourer les maladies que votre enfant a déjà contractées :

Coqueluche / otite / rougeole / oreillons / rubéole / varicelle / scarlatine / angine

ALLERGIES :

ASTHME : oui non

ALIMENTAIRES : oui non

MEDICAMENT : oui non

MAQUILLAGE : oui non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non L'enfant est-elle réglée ? oui non

