

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 MÉDICAUX

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

MÉDICAMENT : ☐ 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.

Signature :