

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

