

NOM	PRENOM	LIEN DE PARENTE	N° DE TELEPHONE

VACCINATIONS : joindre **obligatoirement** la photocopie des pages "Vaccinations" du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?

ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ALIMENTAIRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	MEDICAMENTEUSES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR

.....

SI L'ENFANT FAIT L'OBJET D'UN P.A.I, merci de le fournir à l'équipe pédagogique.

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES PROBLEMES DE SANTE ? (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation). **Précisez les dates et les précautions à prendre**

.....

(si automédication, le signaler)

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ? Précisez :

.....

Nous soussignés responsables de l'enfant

- Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche ;
- Autorisons le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de notre enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) ;
- Nous engageons à payer la part des frais incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels ;
- Autorisons notre enfant à participer à toutes les activités ;
- Autorisons notre enfant à rentrer seul (à partir du C.P.) : oui non
- Autorisons les FRANCAS à prendre des photos et vidéos de notre enfant durant les activités et à les utiliser à des fins promotionnelles : oui non

Date :

Signature des responsables légaux :