

**ENFANT :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ GARÇON :  FILLE :

Conforme à l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs.

**Joindre obligatoirement les pages du carnet de santé relatives aux vaccinations, copie du carnet de vaccination, ou attestation d'un médecin.**

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :****ALLERGIES :**

Alimentaires : OUI  NON  Si oui, lesquelles.....  
PAI en place : OUI  NON  À PREVOIR   
Médicamenteuses : OUI  NON  Si oui, lesquelles.....  
Autres : .....

**DIABETE :** OUI  NON

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Antécédents médicaux signalés par la famille : .....  
Précautions particulières à prendre : .....  
Maladies infantiles déjà contractées par l'enfant :  
 RUBEOLE  VARICELLE  SCARLATINE  COQUELUCHE  OREILLONS  ROUGEOLE  
Votre enfant souffre-t-il souvent :  
 OTITES  ANGINES  ASTHME  AUTRES : .....  
Conduite à tenir : .....  
Nom du médecin traitant : .....N° de téléphone : .....  
Adresse : .....Code postal : .....  
Commune : .....

**En cas d'urgence :** Autorise  N'autorise pas  le responsable de l'accueil à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (Intervention chirurgicale, hospitalisation, traitement médical)

Responsabilité civile individuelle : OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_ Nom de l'assurance : .....  
N° de Police :

Observations et remarques : .....  
.....

Fait à .....Le..... Signature