

3 - INDIQUEZ LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE ET PRECISEZ (faits, dates ou périodes)

(ex : maladies, souffle au cœur, oedème de quincke, choc anaphylactique, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales...)

...../...../.....
...../...../.....

4 - INDICATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires etc oui non

Précisez
.....
.....
.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT

TELEPHONE

.....
.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE	VARICELLE	ROUGEOLE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
SCARLATINE	COQUELUCHE	OTITE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
OREILLONS	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Je soussigné(e),.....responsable légal 1 de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant, toute mesure (hospitalisation, transport en ambulance, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date

Signature

Je soussigné(e),.....responsable légal 2 de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre le cas échéant, toute mesure (hospitalisation, transport en ambulance, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date

Signature