

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?

Si oui joindre une ordonnance récente

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES :

ASTHME	oui	non
MÉDICAMENTEUSES	oui	non
ALIMENTAIRES	oui	non
AUTRES.....		

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....

En cas d'urgence; veuillez préciser le lieu d'hospitalisation

Clinique:

Hôpital:

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....

PRÉNOM.....

ADRESSE

.....
.....

TÉL. FIXE ET PORTABLE,

DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN

TRAITANT

6- PERSONNES AUTORISEE A VENIR CHERCHER L'ENFANT:

NOM:.....
PRÉNOM.....
ADRESSE
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

NOM:.....
PRÉNOM.....
ADRESSE
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

NOM:.....
PRÉNOM.....
ADRESSE
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil périscolaire et de loisirs à prendre, le cas échéant,toutes mesures (hospitalisation, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :