



**Poids : ... ..kg Taille : ... ..cm (informations nécessaires en cas d'urgence)**

**Allergies :** Médicamenteuses oui  non  Si oui, lesquels ? .....  
Alimentaire oui  non  Si oui, lesquelles ? .....  
Autres (pollen, animaux, plantes) Lesquelles ?.....

L'enfant suit-t-il un traitement médical durant sa présence : oui  non

Asthme : oui  non

Pour tout traitement (même asthme) joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur boîte d'origine, avec la notice, marqués au nom de l'enfant.

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Si oui, les entourer.**

Rubéole      Varicelle      Angine      Rhumatisme articulaire aigu      Scarlatine  
Coqueluche      Otite      Rougeole      Oreillons

**Autres régimes alimentaires :**  sans porc  sans viande  autre .....

**En cas de PAI alimentaire, merci de fournir un panier repas pour votre enfant.**

**III- Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, etc....

Et y-a-t-il un suivi à apporter à l'enfant ?

Précisez :

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

**IV- Nom et tél. du médecin traitant :.....**

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

**MERCI DE JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES VACCINS DU CARNET DE SANTÉ DES ENFANTS LORS DE L'INSCRIPTION.**

Date :

Signature :