



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

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| Rubéole<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | Varicelle <input type="checkbox"/><br>Oui <input type="checkbox"/> Non | Angine <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non   | Coqueluche <input type="checkbox"/><br>Oui <input type="checkbox"/> Non | Rhumatisme<br>articulaire aigu<br><br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Oreillons<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/><br>Non     | Rougeole <input type="checkbox"/><br>Oui <input type="checkbox"/> Non | Scarlatine <input type="checkbox"/><br>Oui <input type="checkbox"/> Non |   |

**3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc, précisez :

.....  
.....

**4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**ADRESSE :** .....

**TEL DOMICILE** ..... **TEL TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE** .....

**N° de Sécurité Sociale :** .....

**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

**5 – P.A.I. (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) :**                      **OUI**                       **NON**

Joindre la copie au dossier

**6 – VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ?**                      **OUI**                       **NON**

Je soussigné, .....responsable  
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.  
J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,  
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

**DATE :**

**SIGNATURE :**