



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

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

Percevez-vous une allocation d'éducation pour votre enfant (A.E.E.H) OUI  NON

Joindre une attestation

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 :**