

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, 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 :