

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(si automédication le signaler)

5 - INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE , ACCIDENT , CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET **LES PRECAUTIONS A PRENDRE.**

6 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, ETC...
PRECISEZ .

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT OUI NON
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE OUI NON

7 – AUTRES RENSEIGNEMENTS :

L'ENFANT EST AUTORISE A : - VENIR SEUL A L'ACCUEIL (+ de 7 ans) OUI NON
- QUITTER SEUL L'ACCUEIL (+ de 7 ans) OUI NON
- PARTICIPER A LA BAIGNADE (PISCINE) OUI NON
- PARTICIPER AUX SORTIES OUI NON
- ÊTRE PRIS EN PHOTO LORS DES ANIMATIONS OUI NON

8 – PERSONNES (PLUS DE 16 ANS) AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT :

NOMS	PRENOMS	TELEPHONE

Je soussigné(e) Mr ou Mme
Exerçant l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :