

NOM :	PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :	LIEU DE NAISSANCE :

1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

L'enfant suit-il **un traitement médical** ? Oui ☐ Non ☐

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐ MÉDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐
ALIMENTAIRE OUI ☐ NON ☐ AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

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

2 - DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)

PRÉCISEZ LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

.....
.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

PRÉCISEZ.

.....
.....

Aucun traitement médicamenteux ne pourra être administré à l'enfant.

En cas d'urgence :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Je soussigné,responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :