



<b>MÉDECIN TRAITANT :</b> Nom :  TÉL :
---

**NOUS NE SOMMES PAS AUTORISÉS À DONNER DES MÉDICAMENTS AUX ENFANTS**

RENSEIGNEMENTS ENFANT (S) : **Mon ou mes enfants sont à jours de leurs vaccinations**

	Nom / Prénom :	Nom / Prénom :	Nom / Prénom :	Nom / Prénom :
<b>DERNIÈRES VACCINATIONS</b>	Né(e) le :	Né(e) le :	Né(e) le :	Né(e) le :
BCG	Le :	Le :	Le :	Le :
DT POLIO	Le :	Le :	Le :	Le :
R.O.R	Le :	Le :	Le :	Le :
HÉPATITE	Le :	Le :	Le :	Le :
AUTRES	Le :	Le :	Le :	Le :

<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b> <u>Maladies déjà contractées</u>  <i>Rayer les mentions inutiles</i>	RUBÉOLE	RUBÉOLE	RUBÉOLE	RUBÉOLE
	VARICELLE	VARICELLE	VARICELLE	VARICELLE
	SCARLATINE	SCARLATINE	SCARLATINE	SCARLATINE
	COQUELUCHE	COQUELUCHE	COQUELUCHE	COQUELUCHE
	OTITES	OTITES	OTITES	OTITES
	ROUGEOLE	ROUGEOLE	ROUGEOLE	ROUGEOLE
	OREILLONS	OREILLONS	OREILLONS	OREILLONS
	ASTHMES	ASTHMES	ASTHMES	ASTHMES
	Autre :	Autre :	Autre :	Autre :

Traitement médical actuel				
---------------------------	--	--	--	--

ALLERGIES				
-----------	--	--	--	--

<b>Mon enfant sait nager :</b>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	--	--	--

**Renseignements supplémentaires :**

**Signature du responsable légal :**