

| |
|---|
| MÉDECIN TRAITANT : 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 : |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| DERNIÈRES VACCINATIONS | 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 : |

| | | | | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX <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 | | | | |
|-----------|--|--|--|--|

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

Renseignements supplémentaires :

Signature du responsable légal :