

Séjour :	Dates
----------	-------

ENFANT

NOM		G	F	
Prénom		Date de naissance		

Régime alimentaire (pour raison religieuse ou médicale) :

Allergie médicamenteuse : si oui : indiquer le nom du médicament :

VACCINATIONS : indiquer la date ou le dernier rappel

Diptérie		Tétanos		Coqueluche		Typhoïde	
Poliomyélite		BCG		Sérum antitétanique		Hépatite B	
Autres							

ANTECEDENTS MEDICAUX de votre enfant

(rayer les réponses inutiles)

Varicelle	oui	non
Rougeole	oui	non
Angines	oui	non
Rhumatismes	oui	non

Rubéole	oui	non
Oreillons	oui	non
Otites	oui	non
Allergies	oui	non

Coqueluche	oui	non
Scarlatine	oui	non
Asthme	oui	non
Autres		

Autres problèmes de santé (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Suit-il un traitement	oui	non	Si oui lequel ? (fournir l'ordonnance)
Précautions spéciales			

Tempérament	colérique	bilieux	nerveux	sanguin	émotif
	agressif	lymphatique	dynamique	sociable	coopératif
	autre				

Autres renseignements	sommnambule	saigne du nez	fatigable
	pieds plats	problèmes de dos	besoin d'affection
	mouille son lit	parle la nuit	filie pubère :
	autres		

Je soussigné(e): _____ père, mère, responsable légal

- déclare l'enfant : _____ apte à la pratique sportive

- autorise le directeur et le médecin consulté à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute décision d'intervention chirurgicale urgente, y compris l'anesthésie générale.

A, _____ le, _____ Signature :

Résidence Le Village B3 Rue du Dr Ténine 91320 WISSOUS

Informations particulières : **JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION**
CERTIFICAT MEDICAL POUR CERTAINES ACTIVITES (voir fiche trousseau)