

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	Rubéole	oui	non	Coqueluche	oui	non
Rougeole	oui	non	Oreillons	oui	non	Scarlatine	oui	non
Angines	oui	non	Otites	oui	non	Asthme	oui	non
Rhumatismes	oui	non	Allergies	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			

<b>Tempérament</b>	colérique	bilieux	nerveux	sanguin	émotif
	agressif	lymphatique	dynamique	sociable	coopératif
	autre				

<b>Autres renseignements</b>	somnambule		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 le ou la jeune : \_\_\_\_\_ 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 - 6 Rue du Dr Ténine 91320 WISSOUS

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