

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... précisez :

.....
.....

4 – RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE

N° de Sécurité Sociale :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

5 – P.A.I. (PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) :

OUI NON

Joindre la copie au dossier

6 – VOTRE ENFANT EST-IL PORTEUR D'UN HANDICAP ?

OUI NON

Percevez-vous une allocation d'éducation pour votre enfant (A.E.E.H)

OUI NON

Joindre une attestation

Je soussigné,responsable
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.
J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

DATE :

SIGNATURE :