



ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Garçon Fille

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom / Prénom : Lien parenté :

☎ :

VACCINATIONS :

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES DES DERNIERS RAPPELS	AUTRES VACCINS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DTP		BCG	
Ou Tétracoq		Autre :	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- L'enfant a-t-il un traitement médical (maladie, crise convulsive, diabète, etc.) ? OUI NON
- L'enfant a-t-il des allergies ? Asthme Alimentaire Autre

Dans ces deux cas, merci de vous rapprocher du service périscolaire afin d'établir le PAI de votre enfant.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES :

- lunettes lentilles prothèses auditives prothèses dentaires
- autre

MÉDECIN TRAITANT :

Nom : Commune :

☎ :

Date :

Signature du représentant légal :