



<b>RUBEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME OUI  NON  MEDICAMENTEUSES OUI  NON   
ALIMENTAIRES OUI  NON  AUTRES.....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

(si automédication le signaler)

.....

.....

.....

**5 - INDIQUEZ CI-APRES :**

**LES DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE , ACCIDENT , CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATIONS, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET **LES PRECAUTIONS A PRENDRE.**

.....

.....

.....

**6 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, ETC...  
PRECISEZ .

.....

.....

.....

L'ENFANT MOUILLE T-IL SON LIT OUI  NON   
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE OUI  NON

**7 – AUTRES RENSEIGNEMENTS :**

L'ENFANT EST AUTORISE A : - VENIR SEUL A L'ACCUEIL (+ de 7 ans) OUI  NON   
- QUITTER SEUL L'ACCUEIL (+ de 7 ans) OUI  NON   
- PARTICIPER A LA BAIGNADE (PISCINE) OUI  NON   
- PARTICIPER AUX SORTIES OUI  NON   
- ÊTRE PRIS EN PHOTO LORS DES ANIMATIONS OUI  NON   
- AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR LES SECOURS OUI  NON

**8 – PERSONNES (PLUS DE 16 ANS) AUTORISEES A REPRENDRE L'ENFANT :**

NOMS	PRENOMS	TELEPHONE

Je soussigné(e) Mr ou Mme .....  
Exerçant l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :