



RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

NOM : PRENOM : CLASSE :

DONNEES SANITAIRES

1. MEDECIN TRAITANT

NOM:..... ADRESSE:..... TEL:.....

2. MALADIES CONTRACTEES

Rubéole ☐ Rougeole ☐ Oreillon ☐ Varicelle ☐ Scarlatine ☐

3. VACCINS

o Enfant né avant le 1er janvier 2018. Vaccins : DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite)

o Enfant né à partir du 1er janvier 2018. Vaccins (en plus de DTP) : coqueluche, ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole), haemophilus influenzae de type B, hépatite B, pneumocoque et le méningocoque C.

Merci de nous signaler tout ce qui pourrait nous permettre de mieux comprendre et prendre en charge votre enfant (allergie, problèmes chroniques, retards (langage, propreté,...):

Joindre une copie du carnet de vaccination

4. ALLERGIES OU INTOLERANCES

LESQUELLES: (maquillage, soleil, médicaments, insectes, autres...).....

☐ Souhaite un menu sans viande

☐ Souhaite un menu sans porc

5. RECOMMANDATIONS PARTICULIERES

.....
.....

**Je soussigné,responsable légal de l'enfant,
autorise:**

- ▶ les responsables de la structure à faire hospitaliser mon enfant, si son état de santé le nécessite.
- ▶ le service enfance à prendre ou à faire prendre mon enfant en photo et autorise également leur publication.

Bonne, le Signature des
parents ou du représentant légal