**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT**

* L’enfant suit-il un traitement médical ? Oui - Non

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom de l’enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.*

* L’enfant a eu les maladies suivantes :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rubéole | Varicelle | Angine | Scarlatine | Coqueluche | Otite | Rougeole | Oreillons |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* Allergies : Alimentaires Médicamenteuses Autres

*Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir :* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Asthme

Indiquez ci-après les difficultés de santé (Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, …) en précisant dates et précautions à prendre.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Recommandations utiles des parents (Port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires...). Précisez.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

N° Assurance extra-scolaire \* :

Dénomination :

N° CAF :

\*Il appartient aux familles de contracter une assurance responsabilité civile et individuelle accident incluant toutes les garanties utiles : rapatriement sanitaire…

Je soussigné(e) 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.

Je m'engage à fournir la photocopie des pages « vaccinations » du carnet de santé.

A …………………………………. Le …………………………..

Lu et approuvé

Signature de la mère Signature du père Autre personne responsable