



1- Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Age :

Garçon Fille

2- Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement pendant l'année ? Oui Non

si oui, joindre une ordonnance récente et le médicament correspondant

(boîte de médicament dans leur emballage d'origine marquée nom et prénom de l'enfant avec la notice)

AUCUN médicament ne pourra être administré sans ordonnance

Votre enfant a un PAI oui non **SI OUI JOINDRE UNE COPIE**

3- Vaccinations : joindre obligatoirement la copie des vaccinations + Assurance civile

→ L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole	Varicelle	Angine	Rumatisme aigu	Scarlatine
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : Asthme

Alimentaires	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	si oui à quoi ?
Médicamenteuses	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	si oui à quoi ?

Autres :
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

SI CETTE RUBRIQUE N'EST PAS RENSEIGNEE, je déclare décharger le personnel Communal de Cuincy, de toute responsabilité de quelque nature que ce soit.
Merci d'entourer si besoin le régime alimentaire de votre enfant

SANS VIANDE SANS PORC SANS POISSON SANS OEUF

4- Recommandations utiles des parents

Les difficultés de santé (Maladie, Accident, Crise convulsive, Hospitalisation, Opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

4- Recommandations utiles des parents
Votre enfant porte -il des lunettes, des prothèses auditives

5- Responsable (s) de l'enfant : Père - Mère - Tuteur (payer la mention inutile)

NOM : Prénom :

Adresse :

☎ Portable mère :

☎ Portable père :

☎ Téléphone professionnel mère :

☎ Téléphone professionnel père :

☎ Portable tuteur :

☎ Téléphone professionnel tuteur :

Personne à contacter en cas d'absence :
NOM : Prénom :

Lien avec l'enfant :
NOM : Prénom :

Lien avec l'enfant :
NOM : Prénom :

Authorisation Parentale obligatoire :
En cas d'accident, toutes les mesures d'urgence seront prises, y compris l'hospitalisation

Je soussigné(e) NOM : Prénom :
Responsable légal de l'enfant, en qualité de Père- Mère - Tuteur, donne l'autorisation de le soigner et de le transférer en cas de nécessité à l'hôpital.
Je m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation afférents.

Signature des parents ou tuteurs légaux : LU ET APPROUVE

DATE :