

Qui exerce L'autorité Parentale ?	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	Personne à joindre Pendant l'ALSH :	
Nom et Prénom du père :	/ / / / / / / /	Nom et prénom de la mère :	
Nom et adresse de L'employeur du Père : / / / /	Nom et adresse de L'employeur de La mère / / / /
Nom et adresse du Médecin traitant : à..... 	N° affiliation CAF : (obligatoire) N° de S Sociale :
Nom et adresse De la Caisse de Sécurité Sociale	Nom et adresse De la Mutuelle N° de Sociétaire
Nom et Adresse De l'assurance de personne : N° de sociétaire :		

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L' ENFANT

1- VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	O U I	N O N	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autre (préciser)	
OU Tétracoq					
BCG					

2 - L' ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

	O U I	N O N		O U I	N O N		O U I	N O N
Angine			Otite			Rubéole		
Coqueluche			Rhumatisme Articulaire Aigu			scarlatine		
Oreillons			Rougeole			Varicelle		

PRECISEZ LA CAUSE DE L ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si auto médication, le signaler)
RECOMMANDATIONS DES PARENTS.....
.....

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication. ATTENTION le Vaccin anti-tétanos ne présente aucune contre-indication.

ALLERGIES : ASTHME : oui Non MEDICAMENTEUSE : Oui Non
ALIMENTAIRES : Oui Non AUTRES :

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non
(Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance**