



Enfant :

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____
 Date de Naissance : _____ Sexe : _____
 Poids : _____ Taille : _____ Groupe Sanguin : _____
 Nom de l'enseignant : _____

Responsable de l'enfant à joindre en cas de maladie ou d'accident :

Nom : _____ Prénom : _____
 N° Allocataire CAF : _____ (Obligatoire pour le calcul du tarif)
 Adresse (Durant le séjour) : _____
 Code Postal et Ville : _____
 N° de tél. Domicile : _____ N° de tél. Portable : _____
 N° de tél. Travail : _____ N° de tél. Portable : _____
 N° de Sécurité Sociale : _____
 Mail : _____
 Nom du Médecin traitant : _____ N° de Tél. : _____
 Ville : _____

Vaccinations :

	Date de la dernière injection		Date de la dernière injection
DT Polio	_____	BCG	_____
DT Coq	_____	Antivariolique	_____
Tétracoq	_____	Hépatite B	_____
Prise Polio	_____	Autres vaccins	_____

Maladies - Allergies :

L'enfant a-t-il déjà eu :

Angines : _____ Otites : _____ Rubéole : _____ Rhumatismes : _____
 Asthme : _____ Oreillons : _____ Varicelle : _____ Scarlatine : _____
 Rougeole : _____ Coqueluche : _____ Convulsions : _____

Autres : _____
 Allergies : _____
 Si l'enfant suit un traitement, lequel ? : _____

Interventions Chirurgicales :

Appendicite : _____

Autres opérations : _____

Hospitalisations (Dates et motifs) : _____

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant le séjour, il est impératif de joindre l'ordonnance aux médicaments, s'il porte des lunettes, préciser quand il doit les porter : _____

Autorisation du chef de famille : Je soussigné(e) _____

autorise le directeur à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence!

En cas d'accident, l'enfant doit être amené à :

Hôpital _____ Clinique _____

A Neuville Saint-Rémy, le _____

Signature : _____