

Renseignements concernant la santé de l'enfant

☉ Votre enfant **est-il allergique** ? Oui Non

Si oui, précisez la cause et la conduite à tenir :

☉ Votre enfant suit-il un **régime alimentaire spécifique** ? Oui Non

Si oui, précisez :

☉ Votre enfant est-il **asthmatique** ? Oui Non

Si oui, quel traitement :

Nom et adresse du médecin traitant :

Numéro de téléphone :

☉ Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

☉ En cas d'animations et de jeux d'eau, votre enfant porte-t-il ?

Des drains dans les oreilles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Des lunettes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Les lentilles de contact <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Des prothèses auditives <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	--	---

Autres renseignements que vous souhaitez nous donner :

.....
.....

« J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement par l'AD PEP80 et la CAF de la Somme si nécessaire, et reconnais avoir pris connaissance des mentions RGPD de l'AD PEP80 » :

A

Le : / /

Signature du représentant légal