

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

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

Des drains dans les oreilles	Des lunettes	Les lentilles de contact	Des prothèses auditives
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<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 et reconnais avoir pris connaissance des mentions RGPD de l'AD PEP80 » :

A

Le : / /

Signature du représentant légal