



ENFANT

Nom : Prénom

Sexe... Masculin Féminin

Né (e) le Lieu de naissance

Ecole fréquentée Publique Privée

Classe :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom / Prénom	Téléphone	Lien de parenté
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMATIONS SANITAIRES

Médecin traitant à prévenir en cas d'accident

Nom : Prénom

Commune : N° de téléphone :

Vaccination : Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

DT POLIO Date du vaccin obligatoire :

BCG Date du vaccin obligatoire :

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) :

Maladies chroniques : asthmes, convulsions, diabète, autres (précisez) :

Réactions allergiques : médicaments, aliments, autres (précisez)

Précautions à prendre

Port de lunettes

Port d'un appareil dentaire

Autres : (précisez)

Je soussigné (e) Mme/M , responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et AUTORISE le Maire d'Aubigné-Racan à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à

le

Signatures des parents ou responsables légaux