

VACCINS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	OUI	NON	DATES
Diphtérie				Hépatites A et B			
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole			
Poliomyélite				Coqueluche			
OU DT Polio				Autres à préciser			
OU Tétracoq							
BCG							

Merci de bien vouloir remplir le tableau ci-dessous et fournir une photocopie du carnet de santé

MALADIE

MALADIES	OUI	NON	DATE	MALADIES	OUI	NON	DATES
Rubéole				Rougeole			
Coqueluche				Scarlatine			
Otite				Oreillons			
Varicelle				Angine			
Rhumatisme articulaire							

MÉDICAL

> Votre enfant suit-il un traitement médical ? Un PAI ? (Protocole d'Accueil Individualisé)

.....

> A-t-il des difficultés de santé ? Un handicap ? Y'a-t-il des précautions particulières à prendre ?

.....

> NOM, VILLE et TÉLÉPHONE du MÉDECIN DE FAMILLE :

Sans ordonnance, aucun médicament ne pourra être administré à l'enfant

ALLERGIE

ALLERGIE	OUI	NON
Asthme		
Alimentaire		
Médicamenteuses		
Autres à préciser :		

Causes de l'allergie, signes évocateurs et conduite à tenir ?

.....

AUTRE

> Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? A-t-il une intolérance alimentaire ?

.....

> Votre enfant sait-il nager ? Oui Non

Merci de fournir un test d'aisance aquatique pour les éventuelles activités nautiques

*La MJCCS s'engage à ne pas divulguer vos informations personnelles et ne pas les utiliser dans un but commercial

Je certifie l'exactitude des renseignements apportés et m'engage à les actualiser

Fait à Le/...../..... **Nom et Signature :**