

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX



NOM et PRENOM de l'enfant : _____
N° Carte vitale (affiliée à l'enfant) : _____

1. Vaccinations

Joindre la **photocopie des 3 doubles pages** (même vierges) du **carnet de vaccination** de l'enfant.
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires à jour, joindre également un certificat médical de contre-indication.

2. Allergies

PAI obligatoire à fournir à l'accueil du Centre Social

Asthme Oui Non
Alimentaires Oui Non Lesquelles : _____
Médicamenteuses Oui Non Lesquelles : _____
Autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

3. Régime alimentaire

L'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier : Oui Non

Si oui, lequel ? Végétarien Sans porc Autre : _____

4. Traitement médical

En cas de traitement médical, merci de prévenir le secrétariat du Centre Social et de joindre obligatoirement l'ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine (avec la notice) marqués au nom de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

5. Difficultés de santé

Indiquez ci-après **les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)** en précisant les dates et **les précautions à prendre**.

6. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...
Précisez. _____

7. Renseignements activités physiques et sportives

Existe-t-il des **contre-indications médicales** pour la pratique de certains sports : Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

AUTRES INFORMATIONS

Informations complémentaires qu'il vous semble utile de nous fournir :

Fait à Mazères-Lezons, le _____

Signature des parents :