



## L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>RUBÉOLE</b>	<b>VARICELLE</b>	<b>ANGINE</b>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ</b>	<b>SCARLATINE</b>
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 <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b>	<b>OTITE</b>	<b>ROUGEOLE</b>	<b>OREILLONS</b>	
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"/>	

### ALLERGIES

	OUI	NON	<u>PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR</u> (si automédication le signaler)
MÉDICAMENTEUSES			.....
Autre.....			.....
			.....

### DIFFICULTÉS DE SANTÉ

DIFFICULTÉS DE SANTÉ	DATES	PRÉCAUTION À PRENDRE
MALADIES		
ACCIDENTS		
CRISES CONVULSIVES		
HOSPITALISATIONS		
OPÉRATIONS		
RÉÉDUCTIONS		

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (facultatif)

.....

Je soussigné (e) , ..... responsable légal  
de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :