



# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

En date du .....

Votre enfant est-il allergique ? si OUI, à quels produits ? .....

A-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ? si OUI, lesquelles ? .....

Interventions chirurgicales subies : lesquelles et date ? .....

Médicaments à donner à l'enfant (joindre ordonnance) : .....

Médecin traitant : Tél. : .....

## Vaccinations : OU FOURNIR COPIE DES VACCINATIONS

Dates	DT polio	DTCP ou Tétracoq	ACT Hib ou Hibest	Pentacoq ou Penthibest	Engerix ou Génévac	ROR Le :
1 <sup>er</sup>						Dernier BCG
2 <sup>ème</sup>						Le :
3 <sup>ème</sup>						MONO TEST Le :
Rappel 1						
Rappel 2						
Rappel 3						

Renseignements complémentaires concernant la santé de l'enfant : .....

Observations faites en cours de séjours : .....

**Je soussigné (e) .....père, mère, tuteur, autorise les responsables de la structure EVEILS à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon fils, ma fille, pour des soins immédiats à la suite d'un accident survenu pendant l'activité de l'A.L.S.H. « C.A.J » (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales).**

**Signature :**