

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro de registre national : .....

Vignette de mutuelle

## **Renseignements parents/responsables de l'enfant :**

• Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone/gsm : .....

Adresse mail : .....

Lien avec l'enfant : .....

• Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone/gsm : .....

Adresse mail : .....

Lien avec l'enfant : .....

• Autre numéro en cas de nécessité : .....

Nom/prénom/liens : .....

## Médecin traitant :

Docteur .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone/gsm : .....

## Données médicales :

Votre enfant souffre-t-il de ...	
diabète	oui - non
asthme	oui - non
affection cardiaque	oui - non
épilepsie / convulsions	oui - non
mal du transport	oui - non
somnambulisme	oui - non
constipation	oui - non
énurésie	oui - non
incontinence	oui - non
autre maladie antérieure	oui – non Si oui, laquelle ? .....
opérations subies	oui – non Si oui, lesquelles ?.....
allergies (médicaments, aliments, substances,...)	oui - non Précision : ..... Quel traitement ? ..... .....
Est-il/elle sous médication (y compris traitement homéopathique) ?	oui - non Lequel ? ..... Posologie : .....
Vaccination tétanos	oui – non Date : .....
Porte-t-il des lunettes ?	oui – non Si oui : en permanence ? doit-il les retirer pour le cours d'éducation physique ?
Poids de l'enfant :	.....kg (date de l'information : .....) )

