



RENSEIGNEMENTS D'IDENTITE

NOM de l'enfant :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Qui exerce l'autorité parentale ?
 : ...Père. ...Mère. ...Tuteur.Tutrice.

Nom, prénom du père (ou du tuteur) :

Profession :

Nom, prénom de la mère (ou de la tutrice) :

Profession :

Adresse habituelle de la famille :

Téléphone :..... Portable :.....

Adresse de la caisse de sécurité sociale dont dépend(ent) le(s) responsable(s) de l'enfant :

N° d'assuré social :

Intitulé et adresse de la mutuelle (le cas échéant) :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

(ou agraffer la photocopie des pages correspondantes du carnet de santé)

Taille : Poids :
 Votre enfant a-t-il eu ? :

Typhoïde	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>
Otite	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Rhumatisme	<input type="checkbox"/>

Interventions chirurgicales subies et dates :

Autres renseignements concernant la santé de votre enfant, allergies, particularités, traitements en cours, régimes, port de lunettes, etc.... :

Vaccinations :

Vaccins contre	Oui - Non	Date	Rappel
Variole			
diphtérie et tétanos			
Diphtérie, tétanos, typhoïde			
BCG			
Sérum anti-polio			
Sérum anti-tétanique			
Sérum anti-diphtérique			

Je certifie l'exactitude de ces renseignements :
 Fait à Le Signature.....