



FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Allergies	Antécédents médicaux
Maladies contractées	Traitement médical

Vaccinations	1ère injection	2e injection	3e injection	Rappel

A défaut, merci de fournir une copie des pages vaccinations du carnet de santé

Raison de non vaccination

**Recommandations utiles : votre enfant porte-t-il des lunettes ?
Des prothèses auditives ? Un appareil dentaire ? Autre... Précisez :**

Nom et Adresse du médecin traitant	Hôpital de préférence

Je soussigné(e) _____, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :