

Nom de l'assurance:

N° de contrat:

N° Sécurité sociale:

**VACCINATION: Joindre OBLIGATOIREMENT une photocopies des vaccins**

Vaccins OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins RECOMMAND ES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
				Rubéole	
Tétanos				Oreillons	
				Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>OU</b> DT polio				BCG	
<b>OU</b> Tétracoq				Autres (Préciser)	

**Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes:**

MALADIES:	OUI	NON
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
OREILLONS		
SCARLATINES		
COQUELUCHE		
OTITE		
ROUGEOLE		

**Indiquez ci après les difficultés de santé (Asthme, allergies, opérations, informations...) ou PAI (joindre une copie):**

**Indiquez ci après la composition de la familles (frères/sœurs et leurs âges):**

**Régime alimentaire: (cocher la case)**

Standart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si Non précisez:**

**Indiquez ci après les Noms, Prénoms, Téléphones des personnes autorisées à venir récupérer votre enfant (nous prévenir en cas de modifications.**

**Observations diverses:**

Acceptation de l'utilisation des données dans le cadre des activités de l'alsh et du périscolaire pour le personnel en charge de votre enfant (cocher la case):