

Allergies cutanées, alimentaires ou autres :

.....
.....

Informations médicales confidentielles :

L'enfant a-t-il des problèmes de santé ? OUI - NON

Si oui, lesquels ?

L'enfant a un souffle au coeur ou un autre trouble cardiaque : OUI - NON

L'enfant est sujet aux maux de tête fréquents : OUI - NON

L'enfant est atteint de :

diabète - asthme - épilepsie - affection cutanée - rhumatisme - somnambulisme - incontinence - autres

L'enfant a subi des opérations : OUI - NON

si oui, lesquelles ?

Traitement quotidien : OUI - NON

Si oui, lequel ?

Vaccination (cocher les vaccins reçus par l'enfant et joindre une copie du carnet de vaccination)

☐ TBC	☐ RRO	☐ MÉNINGITE	☐ HÉPATITE A
☐ POLYO	☐ VARICELLE	☐ PNEUMOC	☐ HÉPATITE B
☐ DTP		☐ ROTAVIRUS	☐ HÉPATITE C

Pour les enfants de la crèche, le repas de midi devra être :

☐ EN PURÉE	☐ ÉCRASÉ	☐ EN MORCEAUX
-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

signature du parent ou responsable légal