



#### 4 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

#### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme articulaire aigüe		Scarlatine	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>								
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>								

ALLERGIES : ASTHME : OUI  NON

MEDICAMENTEUSE : OUI  NON

ALIMENTAIRES : OUI  NON  AUTRES : .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### INDIQUEZ CI-APRES : LES DIFFICULTES DE SANTE

HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION, EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### 5 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC...  
PRECISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### 6 – REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (ALLERGIE, SANS PORC, VEGETARIEN...)

Compléments d'informations

#### REGIME DE SECURITE SOCIALE AFFILIE

CPAM <input type="checkbox"/>	CMU <input type="checkbox"/>	MSA <input type="checkbox"/>	MGEN <input type="checkbox"/>
Nom de la mutuelle couvrant votre enfant :			