

L'enfant souffre-t-il de :

	OUI	NON
a. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Saignement du nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Affection cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Maux de ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Drépanocytose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Problème de vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Mal de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Enurésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Problème auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Autres (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les affections retenues veuillez indiquer les précautions particulières à

C-PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénoms:.....

Lien de parenté avec l'enfant:.....

Numéro de téléphone:.....

Médecin traitant:..... Nom et adresse du cabinet:.....

D-DECLARATION

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à le /...../.....

Signature

Père Mère Tuteur