

Nom de l'assurance:

N° de contrat:

N° Sécurité sociale:

VACCINATION: Joindre OBLIGATOIREMENT une photocopie des vaccins

Vaccins OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins RECOMMAND ES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				BCG	
OU 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"/> oui	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> non	<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.

Percevez vous l'allocation AEEH pour votre enfant: OUI NON

Observations diverses:

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