

Votre enfant porte-t-il des **lunettes** ? Oui non

Est-il sujet à l'**asthme** ? Oui non

Est-il sujet aux **otites** ? Oui non

Suit-il un régime **alimentaire** ? Oui non

Si oui lequel ?

.....

.....

Est-il **allergique** ? Oui non

Si oui, à quoi ?

.....

.....

Médecin de famille :

Nom et adresse.....

.....

.....

N° de téléphone :

Avez-vous une contre-indication médicale à signaler ?

.....

.....

.....

Régime assurance :

Régime (SS ; MSA ; Artisans etc) :

N° de sécurité sociale du chef de famille :

Informations périscolaires

Garderie matin : oui non

Garderie soir : oui non

Transport scolaire : oui non

Restaurant scolaire : oui non lundi mardi jeudi vendredi