Votre enfant porte-t-il des **lunettes** ? oui non (1)
Est-il sujet à l'**asthme** ? oui non (1)
Est-il sujet aux **otites** ? oui non (1)
Suit-il un régime **alimentaire** ? oui non (1)

Si oui lequel ? .....

.....

.....

Est-il **allergique** ? oui non (1)

Si oui, à quoi ? .....

.....

.....

(1) Rayer les mentions inutiles

Médecin de famille :

Nom et adresse.....

.....

.....

N° de téléphone : .....

Avez-vous une contre-indication médicale à signaler ?

.....

.....

.....

Vaccinations : dates

- B.C.G. : .....
- D.T. Polio : .....

Régime assurance :

Régime (SS ; MSA ; Artisans etc) : .....

N° de sécurité sociale du chef de famille : .....