

ANNEE 2016/2017

CLASSE :

<b>FICHE DE RENSEIGNEMENTS</b> T.A.P. CANTINE GARDERIE	Ecole de Logonna-Daoulas TAP : 02 98 20 60 98 CANTINE : 02 98 20 67 76 GARDERIE : 02 98 20 69 51
---	---

<b>ENFANT</b>	
NOM :	PRENOM :
Date de naissance :	
<b>LA MERE (ou tutrice légale)</b>	
NOM :	PRENOM :
Adresse :	
Tél. domicile :	
Tél. travail :	
Portable :	
<b>LE PERE (ou tuteur légal)</b>	
NOM :	PRENOM :
Adresse :	
Tél. domicile :	
Tél. travail :	
Portable :	
<b>AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE</b>	
NOM :	PRENOM :
Tél. _____	
NOM :	PRENOM :
Tél. : _____	
NOM :	PRENOM :
Tél. : _____	

suite au verso

## MEDECIN TRAITANT

NOM :

TEL. :

## ALLERGIES

ASTHME :

ALIMENTAIRES :

MEDICAMENTEUSE :

AUTRES :

## DIFFICULTES DE SANTÉ

Indiquez ici les difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les dates et les précautions à prendre.

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires etc...

Précisez :

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	Dates derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>OU</b> DT polio				Autre (préciser)	
<b>OU</b> Tétracoqp					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Fait à Logonna, le ...../...../201....