

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole : oui non ; Varicelle : oui non ; Angines : oui non ; Scarlatine : oui non

Coqueluche : oui non ; Otites : oui non ; Rougeoles oui non ; Oreillons : oui non

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes lentilles de contact appareil dentaire prothèses auditives
autre(précisez) _____

Votre enfant mouille-t-il son lit ? non oui occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? non oui

Autres informations que vous souhaitez apporter et que vous jugez utiles pour l'accueil de votre enfant :

5- ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP

Votre enfant a-t-il une notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) oui non

- si oui, la notification prévoit-elle un Auxiliaire de Vie Scolaire ?

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'un établissement spécialisé ? oui non

si oui, lequel ? _____

6- AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e) _____, donne l'autorisation à l'Association La Gerbe, de transporter mon enfant si cela est nécessaire.

7- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone:

Mère: portable: _____ travail: _____

Père: portable: _____ travail: _____

Nom et téléphone du médecin traitant : : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et donne l'autorisation au responsable de l'accueil ou au service médical, à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

N° de sécurité sociale: _____ (joindre l'attestation de prise en charge de la Sécurité Sociale)

Fait à Montpellier le,

Signature