

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIES ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)**

.....  
.....  
.....  
.....

**NOM DU MEDECIN TRAITANT** .....

**TEL.** .....

**INDIQUEZ CI-APRES :**

**LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE ;**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**AUTRES :**

**En cas de séparation des parents, merci de nous fournir une copie du jugement concernant la garde de l'enfant**

Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exact:  
Les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'A.L.A.E. à prendre, le cas échéant,  
Toutes mesures, en cas d'accident, de maladie, traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale  
rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

« Je déclare exact les renseignements portés  
Sur cette fiche d'inscription »

SERIGNAN le .....  
Signature