



Yvelines
Conseil général



Fiche de Renseignements

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

En cas de nécessité tél n° :
.....

L'enfant suit-il un traitement ? oui non
Si oui lequel ?

L'enfant porte-il des lentilles ? oui non

L'enfant porte-t-il des lunettes ? oui non

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? oui non

L'enfant porte-t-il un appareil dentaire ou d'orthodontie ? oui non

L'enfant a-t-il eu des problèmes musculaires, osseux ? oui non
(tendinite, distensions ligamentaires, fractures)

L'enfant a-t-il des problèmes respiratoires ? (asthme) oui non

L'enfant présente-t-il des allergies aux médicaments ? oui non
(si oui, précisez : pommade, gel ...)

L'enfant présente-t-il d'autres allergies ? oui non
(si oui, précisez : poussière, mousse, magnésie...)

Je soussigné,....., responsable légal de l'enfant
dénommé ci-dessus, autorise l'O.G.C.V à appeler les pompiers ou le SAMU qui prendront les dispositions
nécessaires en cas d'urgence.

Date :

Signature :