



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-t-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 ?
(tendinite, distensions ligamentaires, fractures) oui non

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

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

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

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.