

## UNIQUEMENT POUR LES STAGIAIRES MINEURS

### IDENTITE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Date et lieu de naissance : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

### SANTE

VACCINATIONS	DATES
B.C.G.	
D.T. Polio	
Autres	

Antécédents pathologiques : .....

Contre-indication aux médicaments et aliments (préciser) : .....

Précautions particulières à observer : .....

Traitements en cours : .....

### RESPONSABLE LEGAL

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Le ..... à .....

Signature :