



LES **DIFFICULTÉS DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

[illegible]

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

.....

.....

.....

[illegible]