

Fiche Médicale

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

RESPONSABLE LEGAL 1 : Nom : Prénom :

RESPONSABLE LEGAL 2: Nom : Prénom :

Indiquez ci-après : les DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les PRECAUTIONS A PRENDRE

.....

.....

.....

.....

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, autres.....

.....

.....

.....

ALLERGIES

Asthme

Alimentaires

Médicamenteuses

Autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

Votre enfant suit-il un traitement médical : nom du (des) médicament et posologie.

.....

.....

.....

Maladies

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Rougeole |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Oreillon |
| <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Otite |
- Coqueluche

Vaccinations

DT POLIO Joindre la photocopie du carnet de santé

Dates :

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents :

.....

.....

.....

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur les 2 pages de la fiche médicale

Le :

Nom, Signature :