FICHE SANITAIRE

Nom et prénom de l’enfant :

Date de naissance :

Garçon O Fille O

L’enfant suit-il un traitement médical : Oui O Non O

Si oui, joindre l’ordonnance et mettre le nom sur la boite de médicament, avec la notice

Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance

Allergies :

Asthme O

Médicaments O Merci de préciser ………………………..

Alimentaire O Merci de préciser…………………………………..

Autres ………………………………………………………..

 Merci de préciser la conduite à tenir

Autre problème de santé

Lequel :

Merci de préciser la conduite à tenir ……………………………………………………………………………………………….

Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu des difficultés de santé si oui, merci de préciser

…………………………………………………………………………………………………

\*\*\*

Responsable de l’enfant :

Numéro de téléphone de la personne à prévenir en cas d’urgence :

1 ……………………………………………….

2……………………………………………….

Numéro de sécurité :

Date :

Signature :