

FICHE SANITAIRE


ENFANT NOM Prénom




Né(le) Fille Garçon



Personnes à contacter en cas d'urgence et pouvant venir chercher l'enfant

Père 

Mère 

Autres 

..... 

Médecin traitant



Dc 

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

Angine Rubéole Orite Varicelle Oreillons Coqueluche

Scarlatine Rougeole Rhumatismes articulaires aigus

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON
si oui, fournir l'ordonnance

L'enfant porte-t-il des ? lunettes
 prothèses (auditives, dentaires)
 autres

L'enfant a-t-il des allergies ? alimentaires

asthme

médicamenteuses

Conduite à tenir

PAI OUI NON

Je soussigné (e) Madame, Monsieur
agissant en qualité de Père Mère Tuteur certifie exacts les
renseignements mentionnés ci-dessus

Date et Signature