

# 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 <input type="checkbox"/>	Alimentaires <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>

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 :