

Fiche santé

PRÉNOM et NOM: .................................................................................................................................................................

DATE DE NAISSANCE : ...................................................................................................................................................................

ADRESSE : ...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Téléphone : ....................................................

E-mail : ......................................................................................................................................

Nom de la mutuelle : ...................................................................................................................................................................

Vignette de mutuelle :

(COLLER ICI)

Personne à contacter en cas d’urgence :

Nom : .......................................................................................

Lien de parenté :...................................Téléphone :...................................

Nom : .......................................................................................

Lien de parenté : ...................................Téléphone :...................................

3ème personne à contacter si les deux premières sont injoignables :

Nom : .......................................................................................

Lien de parenté : ...................................Téléphone :...................................

Nom et n° de téléphone du médecin traitant:

...................................................................................................................................................................

Votre enfant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation…)

...................................................................................................................................................................

Raisons d’une éventuelle non-participation :

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître?

(Ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental, interventions médicales…).

Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ? Oui / Non / En quelle année ? ....................................................................

Votre enfant est-il allergique ou intolérant à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Oui / Non

Si oui, lesquels? .......................................................................................……………..............................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?

...................................................................................................................................................................

Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? Spécifiez

...................................................................................................................................................................

Autres renseignements que vous jugez importants de signaler (problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif…)

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Date : Signature :