

INTERCOMMUNALE DES MODES D'ACCUEIL POUR JEUNES ENFANTS

Siège administratif: rue Albert 1er, 9 – 5380 FERNELMONT – ☎ 081/40 91 60 - ☎ 081/40 91 61
Site Internet: <http://www.imaje-interco.be> – E-mail : contact@imaje-interco.be

FICHE DE SANTE

NOM DE L'ENFANT:

PRENOM: Date de Naissance:

STRUCTURE D'ACCUEIL FRÉQUENTÉE:

ADRESSE:

Rue/Avenue N° Boîte

Code Postal Commune Tel. Domicile

PARENTS:

NOM DU PAPA: PRENOM:

Tel. DOMICILE: Tel. TRAVAIL:

GSM:

NOM DE LA MAMAN: PRENOM:

Tel. DOMICILE: Tel. TRAVAIL:

GSM:

MEDECIN TRAITANT:

NOM DU MEDECIN:

RUE/AVENUE: N°: BOITE:

CODE POSTAL: COMMUNE:

TEL: GSM:

En cas d'urgence, si on ne peut atteindre les parents, il faut avertir:

NOM: PRENOM:

LIEN DE PARENTE AVEC L'ENFANT:

Tel. DOMICILE: Tel. TRAVAIL:

GSM:

.../...

RENSEIGNEMENTS UTILES CONCERNANT VOTRE ENFANT

👉 Maladies ou opérations subies antérieurement:

👉 Groupe sanguin:

👉 Date de la dernière vaccination contre le tétanos:

👉 Votre enfant souffre-t-il de diabète, allergies, asthme, épilepsie, rhumatisme, affection cardiaque, affection cutanée, handicap, autres:

👉 Votre enfant peut-il participer à toute activité sportive: **oui/non**
Si non, lesquelles et pourquoi?

👉 Votre enfant sait-il nager: **oui/non**

👉 Votre enfant est-il propre: **oui/non**

👉 Votre enfant doit-il prendre des médicaments: **oui/non**
Si oui, dose et heure(s):.....

👉 Autres renseignements médicaux utiles, et attentions particulières à connaître:

Veillez coller ici une vignette mutuelle

Date et Signature:

.....

Mises à jour:	Le	/	/200...	Signature:
---------------	----	---	---------	------------

	Le	/	/200...	Signature:
--	----	---	---------	------------