

**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: ..... 👉 Poids : .....

👉 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 fait-il la sieste: **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: .....

Veuillez coller ici une vignette mutuelle

**Date et Signature:**

**Mises à jour :**

Le / /20.....	Poids : ..... kg	Signature:
---------------	------------------	------------

Le / /20.....	Poids : ..... kg	Signature:
---------------	------------------	------------