



## 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:
--------------	------------------	------------