



FICHE DE SANTE

NOM DE L'ENFANT:

PRENOM: **Date de Naissance:**

STRUCTURE D'ACCUEIL FRÉQUENTÉE: AES

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:
---------------	------------------	------------

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