

FICHE DE SANTE

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Code postale : Localité :

EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) <u>Nom, prénom</u> | 2) <u>Nom, prénom</u> |
| ☎ | ☎ |
| <u>Privé</u> | <u>Privé</u> |
| <u>Portable</u> | <u>Portable</u> |
| <u>Travail</u> | <u>Travail</u> |

DONNEES MEDICALES

A ce jour : poids..... Taille :

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique ?

Si oui, laquelle ?

Prend-il un traitement pour une maladie ? Si oui, lequel et quelles en sont les modalités pratiques (quantité,...) ? *Document spécifique disponible au bureau.*

.....

A t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI/NON Année :Rappel :

Votre enfant peut-il participer sans inconvénient à des activités sportives et aux jeux adaptés à son âge ? OUI/NON Pourquoi ?

.....

Votre enfant est-il allergique à un médicament ou à un produit pharmaceutique ?

.....

Votre enfant a t-il subi des opérations ? Si oui, lesquelles et à quelles dates ?

.....

Nom du pédiatre ou de son médecin traitant :

Tél :

J' (nous) autoris(e)ons la médecine scolaire de l'école à administrer à mon (notre) enfant, un médicament ou dose d'antibiotique en vue de réduire les risques de contamination en cas de la maladie virale grave (exemple : méningite)

DATE ET SIGNATURE DES DEUX PARENTS