

Fiche médicale

Identité de l'enfant

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Tèl maison : GSM papa :
GSM maman : Tèl bureau papa :
Tèl bureau maman :

Tèl/GSM grands parents :

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom et prénom : Tèl :
Lien de parenté :

Nom et prénom : Tèl :
Lien de parenté :

Médecin traitant :

Tèl :

Adresse :

Y a t-il des activités sportives qu'elle/il ne peut pratiquer ?

Votre enfant est-il atteint de :

diabète asthme épilepsie affection cardiaque affection cutanée

Allergie(s) à : Médicaments :
Aliments :
.....
Autres :

Groupe sanguin :

Autres renseignements médicaux utiles :
.....
.....

Autres renseignements utiles ou nécessaires :
.....
.....

Nom et prénom: Signature :
Dates :/...../.....