

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 :/...../.....