

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

Afin de nous aider au maximum, il nous semble important que vous nous signaliez avec précision les éventuels problèmes que votre enfant pourrait rencontrer au point de vue santé : allergie, médicaments non autorisés, médicaments à prendre, etc.
Ce document est évidemment confidentiel.

Identité de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Né(e) le _____

Adresse : _____ n° _____ bte _____

Code postal _____ Localité _____

N° de téléphone : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ Tél. _____

Adresse : _____

Médecin traitant :

Nom : _____ Tél. _____

Adresse : _____

Informations médicales confidentielles :

L'enfant est-il atteint de :

- Diabète Asthme Allergie Somnambulisme Affection cardiaque
 Affection cutanée Rhumatisme Handicap moteur Autre

Fréquence et gravité, traitement habituel :

Remarques éventuelles :

Est-il allergique à des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui Non

Date du dernier rappel

Soins à prodiguer, médicaments à prendre durant le séjour :

Date :

Signature des parents :