



# ANNEE 2019



## FICHE SANITAIRE

Nom : ..... Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Nom de votre médecin traitant (facultatif) : .....

: .....

**TRAITEMENT MEDICAL** en cours  oui  non  
(*raier la mention inutile*)

- si oui, lequel ? : .....

.....

Médicaments pris ? : .....

.....

**ALLERGIES** (alimentaires, médicamenteuses, chimique, asthme, autre...)

.....

- si oui, préciser la cause de l'allergie et le protocole à tenir :

.....

.....

**VACCINATIONS** à jour obligatoirement, fournir la photocopie du carnet de santé

### AUTRES

Indiquer tout problème de santé (maladie, opérations, trouble du comportement...)

.....

.....

Ce que vous souhaitez nous signaler (port de lunettes, prothèse auditives...)

.....

.....

A ..... le .....

Signature