



ANNEE 2020



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