

FICHE MÉDICALE



ENFANT:

Nom : _____ **Prénom:** _____
No Ass. Maladie : _____ Expiration : ____/____
mm aaaa

1) ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies ?

Médicaments : _____

Si oui lesquelles : _____

Degré de l'allergie : _____

Alimentaires : _____

Si oui lesquelles : _____

Degré de l'allergie : _____

Autres : _____

Si oui lesquelles : _____

Degré de l'allergie : _____

Votre enfant a-t-il une Épipen ? _____

2) ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

BON: _____ MOYEN : _____ EXCELLENT: _____

Groupe sanguin : _____

A-t-il été vacciné ? _____

A-t-il des problèmes Aux yeux _____

Aux oreilles _____

À la gorge _____

A-t-il déjà été : Blessé _____ où _____

Hospitalisé _____ pour _____

Quelles sont les maladies contagieuses que votre enfant a déjà eu _____

Souffre t-il de problèmes ou d'un handicap nécessitant des mesures particulières _____

MÉDECIN OU PÉDIATRE

Nom:
Hôpital:
Adresse :
Téléphone :