

FICHE SANTE

IDENTITE DE L'ENFANT :

Nom et prénom :
Date de naissance :
Adresse.
Nom et prénom de la personne responsable :
Nom et prénom des personnes qui peuvent reprendre l'enfant en fin de journée :
.....
.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE :

Nom et prénom.....
Adresse :
.....
Téléphone/GSM.....

DONNEE MEDICALE :

- *Nom et téléphone du médecin traitant :
.....
- *Acceptez-vous que l'enfant soit conduit au CHPLT de Verviers en cas de problèmes ? oui-non
.....
- *Maladies antérieures de l'enfant et/ou opérations subies
.....
.....
- *Est-il atteint de diabète, d'une affection cardiaque, d'épilepsie, d'allergies etc. :
.....
- *A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui-non
- *L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible :
- à des médicaments ? oui-non – si oui, lesquels ?
.....
- à certains aliments ? oui-non – si oui, lesquels ?
.....
- *Peut-il participer sans inconvénients à des manifestations sportives ? oui-non
- *L'enfant sait-il nager ? oui- non.....
- *Peut-il se rendre à la piscine : oui-non.
- *L'enfant doit-il prendre des médicaments en cours de journée ? Si oui, lesquels, à quelle dose et à quelle fréquence ?
.....
- *L'enfant peut-il prendre des antidouleurs pour la température ?
.....
- *Autres renseignements utiles :
.....
.....

Vignette mutuelle de l'enfant

Signature: