

Fiche médicale:

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

N°de téléphone des parents :- maman

-papa

Allergies alimentaires : oui-non

Lesquelles ?

Allergies médicamenteuses : oui- non

Lesquelles ?

Allergies aux piqûres d'insectes : oui-non

Lesquelles ?

Crises d'asthme ? Oui- non

Traitement ?

Votre enfant est-il en ordre de vaccination ? Oui-non

Votre enfant est-il diabétique ? Oui- non

Traitement ?

Votre enfant a-t-il des problèmes cardiaques ? Oui- non

Si oui lesquels ?

Traitement ?

Votre enfant est-il épileptique ? oui – non

Traitement ?

Autres problèmes de santé ?

Signature des parents