

FICHE SANTE

IDENTITE DE L'ENFANT :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse.

Nom de la personne responsable :

Nom des personnes qui peuvent reprendre l'enfant en fin de journée : ..

.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE :

Nom.

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: