

## FICHE INDIVIDUELLE DE SANTÉ

### Identité de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du Père : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom de la Mère : \_\_\_\_\_

### Personne à prévenir en cas de nécessité

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec l'enfant : \_\_\_\_\_

### Données médicales

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Maladies antérieures de l'enfant ou opérations subies : \_\_\_\_\_

Est-il atteint de : diabète, affection cardiaque, épilepsie, affection cutanée, asthme, somnambulisme, autre ?

Présente-t-il un handicap physique ? (nature) \_\_\_\_\_

Date de la dernière vaccination contre le tétanos: \_\_\_\_\_

L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible à :

certaines médicaments : lesquels ? \_\_\_\_\_

certaines matières : lesquelles ? \_\_\_\_\_

certaines aliments : lesquels ? \_\_\_\_\_

Présente-t-il un problème d'énurésie (pipi au lit) ? \_\_\_\_\_

L'enfant doit-il prendre des médicaments en cours de séjour ? Oui - Non

Indiquez ce que l'enfant ne peut manger pour raison religieuse : \_\_\_\_\_

Autres renseignements que vous jugez utiles : \_\_\_\_\_

Signature: