

FICHE INDIVIDUELLE DE SANTÉ

Identité de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

Nom et Prénom du responsable légal : _____

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

Si oui, lesquels ? _____

Signature: