

Fiche individuelle de santé



Merci de compléter ce questionnaire avec précision

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom : Code classe : N° d'ordre : ..

Personne(s) à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Tél : Lien de parenté :

Nom : Tél : Lien de parenté :

Nom : Tél : Lien de parenté :



Données médicales :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Maladies antérieures de l'enfant ou opérations subies :

Est-il atteint de somnambulisme ? oui – non

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui – non Si oui, en quelle année ?

L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible :

- A des médicaments ? oui – non Si oui, lesquels ?
- A certaines matières / aliments ? oui – non Si oui, lesquels ?

Lors des repas : il mange ce qu'il veut - il doit manger de tout

Souffre-t-il d'incontinence ? oui – non Si oui, souvent ?

Est-il vite fatigué ? oui – non

Peut-il participer sans inconvénients à des activités sportives ? oui – non

Autres renseignements utiles :

Signature(s) des parents :