

# 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 :