



FICHE MÉDICALE



S'identifier

NOM :

PRENOM :

Adresse :

.....

Localité :

Date de naissance :

+
trois
vignettes
mutuelle

Les parents et les personnes à contacter en cas d'urgence

Numéro tel/gsm maman :

Numéro tel/gsm papa :

Nom et numéro tel/gsm médecin traitant :

.....

Nom et numéro tel/gsm personne en cas d'urgence :

.....

Informations médicales

GROUPE SANGUIN :

DATE du dernier rappel tétanos : / /

Maladies d'enfances :

- coqueluche oreillons
- rougeole
- varicelle
- autres :

Maladies antérieures :

- broncho-pneumonie
- asthme
- méningite
- appendicite
- épilepsie
- diabète
- maladies rénales
- autres :

Vaccinations antérieures

- variole
- diphtérie
- coqueluche
- autres :

Votre enfant fait-il des allergies ? Si oui, lesquelles :

Votre enfants souffre-t-il de : diabète, asthme, epilepsie, somnambulisme, affection cardiaque, affection cutanée, rhumatisme, autres :

Votre enfant suit-il un traitement médical particulier ?

Est-il allergique à certain médicament ? si oui, lesquels ?.....

Y a-t-il des précautions particulières à prendre au point de vue médical ?