



Fiche de santé

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

Nom du chef de famille :

Adresse : Rue

N° CP Localité

Tél. Privé : 065 / GSM :

Tél. Travail (le cas échéant) :

.....
Nom du médecin traitant : Tél :

Etat de santé actuel de l'enfant : TB/B/Moyen

Suit-il/elle un traitement homéopathique? OUI/NON

Groupe sanguin :

Poids : Taille : Pointure :

.....
Où l'enfant vit-il habituellement ? FAMILLE/ INSTITUTION/ GRANDS-PARENTS.

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Tél. :

Lien de parenté :

Nom : Tél. :

Lien de parenté :

Type d'enseignement : Général / Spécial Année :

Quelle est sa langue usuelle :

A-t-il des frères et sœurs?

.....
Peut-il pratiquer la natation ? OUI/NON

Sait-il nager ? TB/ B/ Moyen/ Difficilement/ NON

Suit-il/elle un régime alimentaire précis?

Est-il/elle végétarienne? OUI/NON

.....
L'enfant souffre-t-il occasionnellement de (si oui, traitement habituel)

Diabète : OUI/NON

Maladie cardiaque : OUI/NON

Epilepsie : OUI/NON

Affection de la peau : OUI/NON

Maladie contagieuse : OUI/NON

Asthme : OUI/NON

Sinusite : OUI/NON

Saignement de nez : OUI/NON

Maux de tête : OUI/NON

Maux de ventre : OUI/NON

Mal de route : OUI/NON

° A-t-il subi une intervention grave ? OUI/NON :

° Est-il/elle allergique ? OUI/NON :

° A-t-il/elle été vaccinée contre le tétanos ? OUI/NON

° Examen médical scolaire : résultats : TB/B

.....
Nom du signataire :

Date de signature :

.....