



Fiche individuelle de santé

Merci de compléter ce questionnaire avec précision (vous-même ou votre médecin)

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Tél :

Données médicales :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Maladies antérieures de l'enfant ou opérations subies :

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui-non

En quelle année ? Rappel ?

L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible :

- à des médicaments ? oui-non . Si oui, lesquels ?

- à certaines matières ou aliments ? oui – non . Si oui lesquels ?

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

Est-il vite fatigué ? oui-non

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

Autres renseignements utiles :

.....
.....
.....
.....

Signature :