

Fiche de santé

Nom et prénom de l'enfant :



Nom du médecin traitant Tél :

Adresse :

Groupe sanguin :

Prend-il des médicaments ? oui / non Si oui, lesquels et en quelle quantité ?

A-t-il subi une maladie ou une intervention grave ? oui / non

Si oui, laquelle et quand ?

Est-il allergique ? oui / non Si oui, à quoi ?

Est-il allergique à l'iode ? oui / non

A-t-il des difficultés sensorielles particulières ? oui / non

Porte-t-il un appareil auditif ? oui / non

Souffre-t-il d'un handicap particulier ? oui / non si oui, lequel ?

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

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :	Oui	Non	Si oui, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions prendre ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de route			
Autres			

Date :

Nom, prénom et signature :