

Fiche de santé
Ecole
Garderies scolaires

L'ENFANT :

♦ NOM : Prénom :

DATE DE NAISSANCE :

♦ NOM DU CHEF DE FAMILLE :

ADRESSE :

TEL. Privé :

TEL. Travail :

LIEUX DE VIE :

♦ Où l'enfant vit-il habituellement ? famille/institution/grands-parents/.....

♦ Personne à contacter en cas d'urgence :

1. Nom : Tél :

Lien de parenté :

2. Nom : Tél. :

Lien de parenté :

SANTE :

♦ NOM DU MEDECIN TRAITANT :

Adresse : Tél. :

INFORMATIONS MEDICALES :♦ **L'enfant souffre-t-il de manière permanente ou régulière de :**

	OUI	NON	Si OUI, quel est son traitement habituel / comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			

Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Autres			
GROUPE SANGUIN			

Votre enfant présente une contre-indication médicale à la prise de comprimés d'iode :
OUI/NON

- ◆ A-t-il subi une maladie ou intervention grave ? OUI/NON
Si oui, quand et laquelle ?.....
- ◆ Votre fille est-elle réglée ? OUI/NON
- ◆ Est-il allergique ?
A certains produits alimentaires ? OUI/NON
Si oui, lesquels ?
- A certains médicaments ? OUI/NON
Si oui, lesquels ?
- Au soleil ? OUI/NON
Si oui, quelles précautions particulières à prendre ?
- A d'autres choses ? OUI/NON
Si oui, à quoi ?
- ◆ A-t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI/NON
Si oui, date du dernier rappel :

**Avez-vous d'autres renseignements à transmettre au personnel des
garderies scolaires?**

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

Nom du signataire :
Fonction (parent, tuteur légal,...) :
Date :

Signature du parent ou du responsable :