

Fiche individuelle de santé

Merci de compléter ce questionnaire avec précision afin que l'équipe encadrante prenne en compte les spécificités médicales de votre enfant.

Toute information reprise ci-dessous sera communiquée en cas de nécessité et ce, auprès de personnes compétentes (ex : professionnels de la santé, etc.).

Identité de l'enfant :

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : / /

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Personne 1 : Nom : Tél :

Personne 2 : 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 ?

.....

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

L'enfant doit-il prendre des médicaments durant la journée ? oui – non

Si oui, lesquels, à quelle dose et à quelle fréquence ?

.....

Y a-t-il des remarques supplémentaires concernant la santé de votre enfant?

.....

.....

Autres renseignements utiles :

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :