

# FICHE MEDICALE

---

## Identité de l'enfant

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Groupe Sanguin : ..... Numéro de contact : .....

Adresse Email : ..... Vignette de mutuelle :

Adresse : .....

.....

## Médecin traitant

Nom : ..... Tél : .....

## Informations médicales :

### L'enfant est-il atteint de :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète             | <input type="checkbox"/> Affection cutanée |
| <input type="checkbox"/> Asthme              | <input type="checkbox"/> Rhumatisme        |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie           | <input type="checkbox"/> Autres : .....    |
| <input type="checkbox"/> Affection cardiaque |  |

Fréquence et gravité : .....

### Vaccins reçus

- |              |           |
|--------------|-----------|
| ◆ Coqueluche | Oui – Non |
| ◆ Diphtérie  | Oui – Non |
| ◆ Polio      | Oui – Non |
| ◆ Tétanos    | Oui – Non |

### Maladies contractées

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Scarlatine  |
| <input type="checkbox"/> Oreillons  | <input type="checkbox"/> Autres..... |
| <input type="checkbox"/> Rougeole   | .....                                |
| <input type="checkbox"/> Varicelle  |                                      |

### Allergies

- Antibiotique - Préciser : .....
- Médicament - Préciser : .....
- Autres - Préciser : .....
- .....

### Remarques éventuelles

.....

.....

Date : .....

Signature :