



# FICHE SANITAIRE

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| NOM :               | PRÉNOM :            |
| DATE DE NAISSANCE : | LIEU DE NAISSANCE : |

## **1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

L'enfant suit-il **un traitement médical** ? Oui  Non

**ALLERGIES :** ASTHME OUI  NON  MÉDICAMENTEUSES OUI  NON   
ALIMENTAIRE OUI  NON  AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir

## **2 - DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)

PRÉCISEZ LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

## **3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

PRÉCISEZ.

*Aucun traitement médicamenteux ne pourra être administré à l'enfant.*

### **En cas d'urgence :**

Téléphone 1 : .....

Téléphone 2 : .....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.*

Date :

Signature :