



Fiche médicale

1. l'enfant.

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Classe : 1-2-3 maternelle
1-2-3-4-5-6 primaire

2. personne responsable.

Nom : Prénom :

Lien de parenté : père – mère- autres

Téléphone toujours disponible en cas d'urgence.

.....

3. renseignements médicaux.

a) Allergies : oui – non

Si oui, quel type d'allergie :

.....

L'enfant prend-il des médicaments pour son allergie ?

Oui- Non

Si oui, lesquels ?

b) l'enfant fait-il de l'asthme ? oui – Non

Si oui, a-t-il un « puff » à utiliser ? oui – non

Prend-il son « puff » pour venir à l'école ? oui – non