



## FICHE MÉDICALE

NOM DE L'ENFANT \_\_\_\_\_

PHOTO

Votre enfant prend-il des médicaments quotidiennement?  oui  non

Si oui, préciser le nom du médicament et la posologie: \_\_\_\_\_

Votre enfant mouille-t-il son lit?  oui  non      Votre enfant sait-il nager?  oui  non

Votre enfant est-il somnambule?  oui  non

Observations sur l'état de santé général de votre enfant: indiquer si normal ou pas.

Cœur \_\_\_\_\_ Poumons \_\_\_\_\_ Reins \_\_\_\_\_

Yeux \_\_\_\_\_ Oreilles \_\_\_\_\_ Nez \_\_\_\_\_

Gorge \_\_\_\_\_ Bouche \_\_\_\_\_ Dents \_\_\_\_\_

Colonne \_\_\_\_\_ Peau \_\_\_\_\_ Sang \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il d'allergies?  oui  non

Si oui préciser (fréquence, gravité): \_\_\_\_\_

A-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies  oui  non

Votre enfant souffre-t-il de maladies chroniques ou récurrentes?  oui  non

Asthme  Epilepsie  Diabète  Otite ou Amygdalite  Autre \_\_\_\_\_

Préciser (fréquence des crises, gravité): \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos  oui  non Si oui, en quelle année? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il été vacciné contre la rougeole  oui  non Si oui, en quelle année? \_\_\_\_\_

Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgie, blessures graves, etc.): \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des restrictions pour certaines activités, doit-il porter des prothèses particulières?

oui  non Si oui, préciser \_\_\_\_\_

Particularités à nous signaler sur le caractère ou le comportement de votre enfant (hyperactivité, ennui, phobie, etc.) \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_