



FICHE SANITAIRE

NOM :

Prénom :

Je soussigné(e) : NOM : Prénom : Responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus

Autorise les responsables médicaux à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas de problème de santé.

1/ Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?

OUI : NON :

Si OUI, quelle(s) opération(s) ?	
Quand ?	

2/ Votre enfant a-t-il déjà présenté une/des maladie(s) graves(s) ?

OUI : NON :

Si OUI, quelle(s) maladie(s) ?	
Quand ?	

3/ Votre enfant a-t-il une/des allergies ?

OUI : NON :

Si OUI, quelle(s) allergie(s) ?	
Quand ?	

4/ Votre enfant est-il actuellement sous traitement ?

OUI : NON :

Si OUI, quel(s) traitement(s) ?	
Quand ?	

5/ Date du dernier vaccin antitétanique ?

Veuillez indiquer ci-dessous, le ou les numéro(s) de téléphone où l'on peut vous joindre en cas d'urgence.

Téléphone	NOM du contact	Prénom du contact

Fait à, le __ / __ / ____ Signature du responsable légal :