



L'élève :

Nom:

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° de Gsm :

☒

.....

.....

Tél. privé :

E-mail :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

1. Père Tél. :
2. Mère Tél. :
3. Nom..... Tél. : Lien de parenté :

Groupe sanguin :

.....

Médecin



.....

<i>L'enfant souffre-t-il régulièrement:</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Quelles sont les précautions à prendre ?</i>
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maladie cardiaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Somnambulisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Problème de peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Incontinence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bronchite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Saignements de nez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maux de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Maux de ventre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Coups de soleil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Constipation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diarrhée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vomissements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mal de route	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



Autres

Informations médicales complémentaires

? **L'enfant a-t-il subi une maladie ou intervention grave ?** OUI / NON

Si oui, laquelle ? _____

? **Prend-il des médicaments ?** OUI / NON

Si oui, lesquels ? _____

? **Est-il allergique ?**

A certains produits alimentaires : OUI / NON

Si oui, lesquels ? _____

A certains médicaments : OUI / NON

Si oui, lesquels ? _____

? **Suit-il un traitement ?** OUI / NON

Si oui, avez-vous des conseils quant aux précautions à prendre ?

? **Est-il soigné par homéopathie ?** OUI / NON

? **Est-il vacciné ?** OUI / NON

Date du dernier rappel du vaccin contre le tétanos?/...../.....

? **Votre enfant a-t-il des difficultés sensorielles particulières ?** OUI / NON

Souffre-t-il d'un handicap ? OUI / NON

Si oui, lequel ? _____

? **Remarques ou informations complémentaires ?**

