

FICHE MEDICALE

I – ENFANT

Nom : Prénom :
Sexe : (M) (F) Date de Naissance : | | | | | | | |

Vaccination :

<u>Vaccins pratiqués</u>	<u>Date</u>
DTCP	
B.C.G.	
Hépatite B	
ROR	
Autres	

Renseignements médicaux :

⇒ Votre enfant a t'il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	OUI NON	Oreillons	OUI NON	Varicelle	OUI NON
Otites	OUI NON	Asthme	OUI NON	Rougeole	OUI NON

⇒ Votre enfant présente t'il des allergies particulières (alimentaire, acarien, maquillage...) ? :

.....
.....

⇒ Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates :

.....
.....

⇒ Recommandation des parents :

.....
.....

⇒ Médecin traitant : Téléphone :

II – PARENTS

Nom du père : Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone (domicile) : Téléphone (travail) :

Nom de la mère : Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone (domicile) : Téléphone (travail) :

Dans le cas de parents séparés, quel est le domicile principal de l'enfant ?

Autre(s) personne(s) à prévenir dans le cas où nous ne pouvons pas joindre les parents :

NOM : Téléphone :

ORGANISME D'ASSURANCE DONT DEPEND L'ENFANT

Caisse de Sécurité Sociale : Désignation.....

N° de l'assuré :

Mutuelle : Désignation

Assurance de l'enfant : Désignation.....

AUTORISATION MEDICALE

☐ - J'autorise

☐ - Je n'autorise pas

Le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à :

Le :

Signature des Parents :

CETTE FICHE EST VALABLE 1 AN A LA DATE DE LA SIGNATURE (REGLEMENTATION JEUNESSE ET SPORTS)