

FICHE MEDICALE

ENFANT

Nom : Prénom :
Date de naissance :

PARENTS

NOM: Prénoms:
Téléphone :
Téléphone Professionnel :

MEDECIN TRAITANT:

Nom Téléphone :
Adresse

Merci de nous fournir la photocopie des vaccins. Actuellement seul le DTPolio est obligatoire. (Les autres vaccins sont recommandés).

Votre enfant présente-t-il une **allergie** ou autre particularité à nous signaler ? :.....
.....

Je soussigné (e) autorise en cas d'accident les services de secours à transporter mon enfant à l'hôpital.

Le / / 2018

Signature :