

# 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 obligatoires (pour la collectivité).**

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 ..... / ..... / 2020

Signature :