

Fiche Médicale - Confidentiel

Nom:	Prénom:
Adresse:	Téléphone: GSM:
.....	Groupe sanguin:
Date de naissance:	Sexe: M / F

Personne à contacter en cas d'urgence:
Téléphone privé:	Téléphone travail / GSM:
MEDECIN: Dr.	Téléphone:
Eventuellement autre personne à contacter (+ n° tél):

MUTUALITE:	N° carte SIS:
ASSURANCE COMPLEMENTAIRE: OUI - NON	si oui, laquelle:
N° dossier:	Téléphone:

Maladies antérieures: oreillon - rougeole - rubéole - varicelle	
autres:	
Opérations subies: appendicectomie - amygdalectomie - végétations	
autres:	
Est-il / elle atteint(e) de diabète - asthme - affection cardiaque - épilepsie - incontinence - somnambulisme	
autres:	
précisions si tel est le cas:.....	
Doit-il / elle prendre des médicaments? OUI - NON	
Si OUI, lesquels, indiquez la dose:	
.....	
Vaccin antitétanique (obligatoire:)	Vaccin de rappel:
Est-il / elle traité(e) habituellement par homéopathie? OUI - NON	
Est-il / elle allergique:	
à des médicaments pénicilline aspirine	
autres médicaments:	
à des aliments:	
aux piqûres d'insectes:	
autres:	
Est-il / elle vite fatigué(e) - sensible aux refroidissements?	
Peut-il / elle participer sans inconvénient à des activités sportives? OUI - NON	
.....	

J'autorise toute intervention chirurgicale jugée urgente par le médecin.

J'autorise toute transfusion sanguine jugée urgente par le médecin.

Signature des parents

Fait à