

1- Identification :

- Prénom : Nom du père : Famille :
- Date de naissance : • G.S. et Rhésus :
(photocopie de la carte)

2- Allergie :

- Médicamenteuse : • Alimentaire :
- Topique (urticaire, eczéma,) :

3- Maladies à répétitions :

4- Maladies chroniques :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Respiratoire | <input type="checkbox"/> Neurologique |
| <input type="checkbox"/> Sanguine | <input type="checkbox"/> Rénale |
| <input type="checkbox"/> Cardiaque | <input type="checkbox"/> Hépatique |
| | <input type="checkbox"/> Autres |

Si oui précisez et notez le traitement suivi :

5- Antécédents chirurgicaux :

6- Déficits particuliers :

Vue : Ouïe : Autres :

7- Vaccinations :

	Dtc. Polio, Hib	HIB	Hépatite B	Pneumo- coque	ROR	Varicelle	Hépatite A	Méningo- coque	Typhoïde	IDR (Résultat)	Autres
1 ^{ère} Dose											
2 ^{ème} Dose											
3 ^{ème} Dose											
1 ^{er} rappel											
2 ^{ème} rappel											
3 ^{ème} rappel											
4 ^{ème} rappel											
Maladie											

8- Aptitude au sport :

- Apte Inapte temporairement : Durée : Raisons :
- Précautions à prendre :

9-Précautions et surveillances particulières qui pourraient être faites en urgence en cas de problèmes :

Information confidentielle :

- N.B** : 1- Les parents sont responsables de toute lacune et/ou maladie non déclarée(s).
2- Les parents sont aussi responsables de toute fiche non rendue dans les délais précis.
3- Prière de rendre cette fiche le

Signature des parents

Nom du médecin traitant :

Tél. Domicile :

Portable :

Bureau :

Signature et cachet :