

**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 :**

- Respiratoire .....  Neurologique .....
- Sanguine .....  Rénale .....
- Cardiaque .....  Hépatique .....
- Autres .....

Si oui précisez et notez le traitement suivi : .....

**5- Antécédents chirurgicaux :** .....

**6- Déficiences particulières :**

Vue : ..... Ouïe : ..... Autres : .....

**7- Vaccinations :**

	Dtc. Polio, Hib	HIB	Hépatite B	Pneumo- coque	ROR	Varicelle	Hépatite A	Méningo- coque	Typhoïde	IDR (Résultat)	Autres
1 <sup>ère</sup> Dose											
2 <sup>ème</sup> Dose											
3 <sup>ème</sup> Dose											
1 <sup>er</sup> rappel											
2 <sup>ème</sup> rappel											
3 <sup>ème</sup> rappel											
4 <sup>ème</sup> 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 : .....