

Fiche médicale

Nom de l'enfant : _____
Titulaire de classe : _____
Matricule de la sec. soc. : _____

- L'enfant a été vacciné contre le tétanos, le _____.
- L'enfant est allergique au(x) médicament(s) suivant(s) :

- L'enfant a l'/ les allergie(s) suivante(s) :

- L'enfant doit prendre le(s) médicament(s) suivant(s) :

(Prière d'indiquer le(s) moment(s) de la journée où le(s) médicament(s) doit/ doivent être pris ! Merci !)

- Remarque(s) :

Informations supplémentaires

Adresse des parents /tuteurs :

Nom : _____ Prénom : _____

Rue : _____ Numéro : _____

Code postal : L- _____ Localité : _____

Numéro tél. : _____ GSM mère: _____

Tel. travail : _____ GSM père : _____

Personne à contacter en cas d'absence des parents/tuteurs ou en cas d'urgence :

Nom : _____ Tel. : _____

Nom : _____ Tel. : _____

Date : _____

Signature: _____