

FICHE MEDICALE 2018

A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT

I. ENFANT : NOM _____ PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE : _____ POIDS : _____ TAILLE : _____

SEXE : FILLE GARÇON

II. VACCINATIONS :

L'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires

III. APTITUDE :

L'enfant est apte à la vie en collectivité

L'enfant est apte à la pratique du sport

IV. ALLERGIE OU MALADIE DE L'ENFANT :

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE : OUI NON LAQUELLE :

ALLERGIE AUTRE OUI NON TRAITEMENT : OUI NON
LAQUELLE : LEQUEL :

INDIQUEZ ICI LES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)

.....
UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) PEUT ETRE MIS EN PLACE SELON LE PROBLEME DE SANTE RENCONTRE

V. ALLERGIE OU MALADIE NECESSITANT UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE :

ALLERGIES OU INTOLERANCES ALIMENTAIRES OUI NON

PROBLEMES RESPIRATOIRES OUI NON

TROUBLES NEUROLOGIQUES OUI NON

TROUBLES DE LA COAGULATION SANGUINE OUI NON

DIABETE OUI NON

AUTRES PROBLEMES DE SANTE: OUI NON LESQUELS :
.....

LE DOSSIER PAI DOIT ETRE RETIRE SUR LE LIEU DE L'INSCRIPTION

Je soussigné(e),, déclare exact les renseignements médicaux portés sur cette fiche.

DATE : _____

TAMPON ET SIGNATURE :