

FICHE MEDICALE

A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT

I. ENFANT : NOM _____ PRENOM _____

SEXE : FILLE GARÇON POIDS : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

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 : NON OUI 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 ALIMENTAIRES OUI NON

ALLERGIE RESPIRATOIRE OUI NON

EPILEPSIE OUI NON

MALADIE DE WILLBRAND OUI NON

DIABETE OUI NON

AUTRES PROBLEME 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 :