



fiche de renseignements "santé"

Nom : Prénom : date de naissance :/...../.....

allergies ☐ médicaments ☐ aliments ☐ poils d'animaux ☐ acariens ☐ plantes ☐ autres

préciser:
.....
.....

régime alimentaire particulier:

traitement en cours (joindre photocopie ordonnance) :
.....
.....

maladies à signaler :
.....

date du dernier **vaccin DTP** :/...../.....

observations éventuelles :
.....

Si votre enfant n'est pas allergique à ces médicaments, autorisez-vous un accompagnateur à donner :
(**entourer votre réponse**)

en cas de céphalée, uniquement (sans choc) : du paracétamol 500 mg :	oui	non
en cas de diarrhée sans fièvre et sans vomissement : du smecta :	oui	non
	du diaralia :	oui non
en cas de traumatisme bénin: des granules d' arnica 9CH:	oui	non
	de la pommade arnican :	oui non

personnes à prévenir si problème de santé :

nom : nom :

prénom : prénom :

lien de parenté : lien de parenté :

☎ personnel : ☎ personnel :

☎ portable : ☎ portable :

☎ professionnel : ☎ professionnel :

Nom, prénom, date et signature du responsable légal :

Le :/...../.....

Signature :