



Fiche sanitaire 2018/2019

Identité de l'enfant

NOM Prénom :

Date de naissance : Sexe : F G

Identité des parents

Mère	Père
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :
☎ : poste :	☎ : poste :
Portable :	Portable :
Adresse du domicile :	Adresse du domicile (si différent de la mère):
N° de téléphone du domicile :	N° de téléphone du domicile (si différent de la mère) :
Si vous êtes injoignable, quelle(s) est(sont) la(les) personne(s) à prévenir en cas d'urgence (son nom, son téléphone et le lien) :	

En cas d'urgence, l'enfant sera conduit si possible :

➤ au centre hospitalier ☎ :

➤ à la clinique de ☎ :

NOM, prénom, adresse et téléphone du médecin traitant :

N° de sécurité sociale du chef de famille :

Nom, adresse et n° de la mutuelle :





Renseignements médicaux

Dernier rappel BCG : Dernier rappel DTP polio :

Allergies

Médicamenteuses : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Asthme : OUI NON

Autres : OUI NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....
.....
.....

Indiquer les difficultés de santé qui nécessitent une précaution à prendre :

.....
.....
.....
.....

Autorisation de transfert et d'intervention médicale ou chirurgicale d'urgence

Nous soussignons (nom, prénom),.....agissant en qualité des parents ou de représentant légal autorisons le transfert à l'hôpital ou la clinique mentionné ci-dessus pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence absolue, toute hospitalisation, y compris une anesthésie sur l'enfant

Fait à Choisel, le

Signature des 2 parents

