

P'ti Choux Garderie



Date :

Fiche de santé

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Prénom du père :

1 – Votre enfant a – t – il ?

A- Une allergie envers un médicament spécifique ?

B- Une allergie alimentaire ?

2 – Votre enfant a – t – fait ?

	Oui	Date	Non
La rubéole	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
La rougeole	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
La roséole	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
L'oreillon	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
La varicelle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autres...			

3 – Souffre – t – il d'une maladie chronique ?

Prend – il des médicaments ? Lesquels ?

4 – Prière de signaler toutes les remarques nécessaires vis-à-vis de la santé de votre enfant.

5 – Nom du pédiatre traitant :

Adresse :

Téléphone :

6 – Veuillez présenter une photocopie du carnet de vaccination.

Signature des parents :

Date :