

Fiche médicale

L'enfant

| | | | |
|---|--|-------------------|--|
| Nom | | Prénom | |
| Date de naissance | | Lieu de naissance | |
| Nationalité | | Registre national | |
| Adresse (rue, n°, localité, code postal) : | | | |
| | | | |
| Nom et tel du médecin de famille : | | | |
| Allergies éventuelles : | | | |
| Difficultés diverses : | | | |
| Clinique où l'enfant doit être transporté : | | | |
| Emplacement réservé au collage de la vignette de mutuelle | | | |

La personne responsable

| | | | |
|--|--|-----------------|--|
| Nom | | Prénom | |
| Numéro de tel fixe : | | Numéro de GSM : | |
| Adresse (rue, n°, localité, code postal) : | | | |
| | | | |

Personne à prévenir en cas d'urgence

| | | | |
|--|--|-----------------|--|
| Nom | | Prénom | |
| Numéro de tel fixe : | | Numéro de GSM : | |
| Adresse (rue, n°, localité, code postal) : | | | |
| | | | |