



# Fiche sanitaire

## Identité de l'enfant

NOM Prénom :

Date de naissance :

Sexe : F  G

## Identité des parents

Mère	Père
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Nom et adresse de l'employeur : <input type="text"/>	Nom et adresse de l'employeur : <input type="text"/>
☎ : <input type="text"/> poste : <input type="text"/> 📱 : <input type="text"/>	☎ : <input type="text"/> poste : <input type="text"/> 📱 : <input type="text"/>
Adresse du domicile : <input type="text"/>	Adresse du domicile (si différent): <input type="text"/>
N° de téléphone du domicile : <input type="text"/>	N° de téléphone du domicile (si différent) : <input type="text"/>
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) : <input type="text"/>	

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

Je soussigné, , agissant en qualité de parents ou de représentant légal, autorise 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 du représentant légal :

