FICHE SANITAIRE

Nom et prénom de l'enfant :……..

Date de naissance :…….

Catégorie :…….

Votre enfant a-t-il des allergies ? (1) NON OUI

Si oui, lesquelles ?
……
……
……
……

Votre enfant en connait-il les premiers symptômes ? (1) NON OUI

Y-a-t-il un protocole spécifique à suivre ? (1) NON OUI

Si oui, merci de fournir le protocole du médecin au responsable de l'équipe de votre enfant, ainsi que les numéros des personnes à prévenir en cas d'urgence.

Votre enfant fait-il de l'asthme ? (1) NON OUI

Votre enfant en connait-il les premiers symptômes? (1) NON OUI

Y-a-t-il un protocole spécifique à suivre ? (1) NON OUI

Si oui, merci de fournir le protocole du médecin au responsable de l'équipe de votre enfant, ainsi que les numéros des personnes à prévenir en cas d'urgence.

Je soussigné……responsable légal de l'enfant,
Certifie exacte les informations données ci-dessus.

Date : Signature :

(1) Entourer la bonne réponse.