

FICHE MEDICALE



Ecole de Clerheid – 6997 Erezée- Tél. 086 47 73 93

IDENTITE DE L'ENFANT / ANIMATEUR / ANIMATRICE

| |
|---------------------------|
| NOM : |
| Prénom : |
| Adresse : |
| Date de naissance : |
| Téléphone : |

DONNEES MEDICALES

| |
|---|
| Nom et tél. du médecin traitant : |
|---|

Diabète – asthme – affection cardiaque – épilepsie

Vaccin tétanos :

Année :

Rappel :

Allergie à des médicaments :

Lesquels :

Autres renseignements utiles :

.....

.....

| | |
|---|-----------------|
| Personne à prévenir en cas de nécessité : | |
| Nom : | Adresse : |
| Tél : | Mail : |

Date :
Signature :