

FICHE SANITAIRE

Nom et prénom de l'élève

.....

Classe :

Photo

Date et lieu de naissance

.....

Nom et prénom des parents

.....

.....

Adresse

.....

.....

.....

(personnel) :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Dernières vaccinations (préciser l'année)

Liste des maladies infantiles

Signaler les allergies connues

Signaler les traitements en cours

Groupe sanguin (s'il est connu)

Votre enfant est-il suivi : par un pédo-psychiatre ? Oui Non

 par un orthophoniste ? Oui Non

A t'il passé des tests psychologiques ? Oui Non

