



INSTITUT DE LA SAINTE-FAMILLE

CONFIDENTIEL

Fiche médicale

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Groupe sanguin :

Votre enfant prend-il des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels et pourquoi ?

.....
.....

Votre enfant est-il allergique ? Oui Non

Si oui, à quoi ?

.....

Votre enfant est-il allergique à certains médicaments, produits ou aliments ? Oui Non

Si oui, auxquels ?

.....
.....

Autres maladies ou troubles à signaler : (épilepsie, diabète, asthme...)

.....
.....

En cas de problème de santé de ma fille, j'accepte que ce document soit consulté par un médecin ou un infirmier.

Nom et signature de la personne responsable ou l'élève majeur : Date :

.....