

FICHE SANITAIRE

☒ Enfant

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Lieu de Naissance :

Fille ☐ garçon ☐

Numéro de Sécurité Sociale :

Régime Affiliation : CPAM ou Autre :

☒ En cas d'urgence, prévenir : (en priorité)

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Tel :

Autre personne à joindre si injoignable :

Nom tél :

Nom tél :

☒ Antécédents personnels :

Maladie	Interventions	Traitement en cours	Allergies

☒ Dates de Vaccins :

DT/POLIO	Rappel	R.O.R	Rappel	Pneumocoque	Rappel

☒ Régime Alimentaire :

☐ Classique	☐ Sans Porc	☐ Autre (P.A.I, ...)
---------------------------------	---------------------------------	--