

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

cette fiche sera remise au médecin du SEMU

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____

PRÉNOM : _____

GROUPE SANGUIN : _____ TAILLE : _____ POIDS : _____

CONSTITUTION : _____

Appareil pulmonaire : _____

Appareil cardio-vasculaire : _____

L'enfant fait-il « pipi » au lit ? JAMAIS / QUELQUEFOIS / SOUVENT
(le munir d'une alèse et d'un drap de rechange éventuellement).

MALADIES D'ENFANCE : (rayer celles qu'il a eues)

ROUGEOLE / COQUELUCHE / RUBEOLE / OREILLONS / SCARLATINE / VARICELLE

VACCINATIONS : (préciser lesquelles avec les dates) :

Allergies éventuelles :

Régime alimentaire particulier :

Médicaments ou soin journaliers à donner à l'enfant : (fournir une ordonnance avec le traitement)

Existe-t-il des contre-indications médicales pour certaines activités ? :

à _____ , le ____ / ____ / _____

Signature: