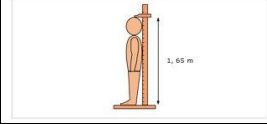


FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :
 ADRESSE :
 Code postal : Ville :

Taille (hauteur en cm) :



TELEPHONES DES PARENTS

DOMICILE		
TRAVAIL	père :	mère :
PORTABLE	père :	mère :
EN CAS D'URGENCE		MAIL :

VACCINATIONS : (A remplir à partir du carnet de santé)

	antituberculeuse : (BCG)	1er vaccin	date	<input type="text"/>
	Dt polio :	vaccin	date	<input type="text"/>
		Rappel	date	<input type="text"/>
	tetracoq	vaccin	date	<input type="text"/>
		Rappel	date	<input type="text"/>
	antivariolique	vaccin	date	<input type="text"/>
		1er rappel	date	<input type="text"/>
	antitétanique	vaccin	date	<input type="text"/>
		Rappel	date	<input type="text"/>
	autres vaccins			date
.....			date	<input type="text"/>
.....			date	<input type="text"/>

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

	rubéole	oui	non
	varicelle	oui	non
	scarlatine	oui	non
	coqueluche	oui	non
	otites	oui	non
	rougeole	oui	non
	oreillons	oui	non
	asthme	oui	non

ALLERGIES DIVERSES OU AUTRES DIFFICULTES DE SANTE :

.....

TRAITEMENTS OU REGIME ALIMENTAIRE A SUIVRE

.....

