



FICHE MÉDICALE - ÉTÉ 2024 À JAMHOUR

Imprimer et remplir (par les parents) - Une fiche par enfant

Nom Prénom Catégorie

Date de naissance / /

Groupe sanguin

Prénom du père

Prénom de la mère

Téléphone du père

Téléphone de la mère

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....
.....

Maladie(s) chronique(s) ou traitement(s) de long terme actuellement suivi(s) :

.....
.....

Allergie(s) avérée(s)

- médicament(s)
- aliments
- asthme
- autre(s)

Traitement en cas de manifestation allergique :

Médicament.....

Dose.....

Vaccination :

Anti diphtérique, tétanos et polio (DTP) : date du dernier rappel : /..... /.....

Date / /

Signature des parents