

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX


Cette fiche, facultative, sera transmise à l'enseignant de votre enfant.

ANNÉE SCOLAIRE 20..... - 20.....

ENFANT

Nom			
Prénom			
Né(e) le	<input type="checkbox"/> Fille	<input type="checkbox"/> Garçon	Cours

MÉDECIN

Nom	
Commune		

INFORMATIONS MÉDICALES (allergies, maladies chroniques, traitement médical de longue durée, opérations, appareils...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature des parents