

**FICHE MÉDICALE**

Cher parent,

Afin d'aider les responsables de votre enfant à mieux l'accueillir, nous vous demandons de remplir soigneusement ce questionnaire.

Toutes ces informations doivent être **obligatoirement complétées et retourné aux responsables du groupe**.

Nous vous remercions de votre collaboration.

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

ENFANT

Nom de famille : Prénom :

Date de naissance : (\_\_\_\_\_\_j/\_\_\_\_\_\_m/\_\_\_\_\_\_a) Sexe : 🔾 M 🔾F Âge :

Numéro d'assurance maladie (obligatoire) : Expiration : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RÉPONDANT

Nom de famille : Prénom :

Téléphone - Maison : ( ) Téléphone - Travail : ( )

Téléphone – Autre(s) : ( ) Courriel :

EN CAS D’URGENCE

Veuillez nous indiquer les coordonnées de **deux** parent(s) et/ ou ami(s) avec qui la direction pourrait communiquer en votre absence.

Nom 1 Lien de parenté

Téléphone - Maison : ( ) Téléphone - Autre : ( )

Nom 2 Lien de parenté

Téléphone - Maison : ( ) Téléphone - Autre : ( )

Allergies/Asthme:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médication en cours : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si nécessaire, autres informations : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur ayant complété ce formulaire Date