

# Fiche Santé

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone urgence : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des allergies ?                      oui                       non

Si oui, à quoi est-il allergique ? \_\_\_\_\_

Doit-il avoir un épipen ?                                      oui                                       non

En cas d'urgence qui doit lui administrer ? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des maladies connues ? oui                       non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Prend-il des médicaments ?                                      oui                                       non

Nom du parent répondeur : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà suivi un cours de premiers soins ?

                    oui                                       non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Adresse courriel des parents : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

**Nous vous remercions pour votre collaboration.**