

FICHE MEDICALE

Nom de l'enfant :
Prénom de l'enfant :
Nom du médecin traitant : Téléphone :
Vignette de mutuelle :

Vaccins reçus

Dates

Coqueluche	oui - non	Le
Diphtérie	oui - non	Le
Polio	oui - non	Le
Tétanos	oui - non	Le
Tuberculose	oui - non	Le
Variolle	oui - non	Le
.....		
Autres.....		Le

Maladies contractées

Rubéoles	oui - non
Coqueluche	oui - non
Oreillons	oui - non
Rougeole	oui - non
Varicelle	oui - non
Scarlatine	oui - non
Autres.....	

Groupe sanguin : Rh :

Allergies aux :

Antibiotiques	oui - non
Médicaments	oui - non
Lesquels :	
.....	
Aliments	oui - non
Lesquels :	
.....	
Autres :	

Remarques éventuelles :

.....
.....
.....

Date : le

Signature :