



FICHE SANTÉ

1^{er} ENFANT :

Nom	Prénom
Numéro d'assurance maladie	
Date d'expiration jour mois année / / /	

Votre enfant souffre-t-il d'allergie? Oui : Non : * **Utilise-t-il une Épipen :** Oui : Non :

Veuillez préciser : _____

Votre enfant souffre-t-il de troubles particuliers? Précisez : _____

Est-ce que votre enfant prend des médicaments de façon régulière? Précisez : _____

2^e ENFANT :

Nom	Prénom
Numéro d'assurance maladie	
Date d'expiration jour mois année / / /	

Votre enfant souffre-t-il d'allergie? Oui : Non : * **Utilise-t-il une Épipen :** Oui : Non :

Veuillez préciser : _____

Votre enfant souffre-t-il de troubles particuliers? Précisez : _____

Est-ce que votre enfant prend des médicaments de façon régulière? Précisez : _____

*Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)

#1 Nom	Prénom	
Lien de parenté	Tél. maison	Tél. autre
#2 Nom	Prénom	
Lien de parenté	Tél. maison	Tél. autre

Je, soussigné, autorise les autorités responsables du service de garde de l'école Sacré-Coeur à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant en cas d'urgence.

Signature du parent

Date