

Fiche médicale

Merci de la compléter au plus vite et de la remettre à l'accueillante responsable de la garderie. Cette fiche restera à la garderie et sera remise au médecin en cas de problème.

Dans la mesure du possible, merci d'écrire en rouge les informations que vous considérez comme très importantes.

• Le Participant

Nom de l'enfant : Prénom : Date de naissance :

Nom du chef de famille:.....

Adresse:.....

Tél. prive:..... Tél. travail:..... GSM:.....

• Lieux de vie

Où l'enfant vit-il habituellement ? famille / institution / grands-parents

Personne à contacter en cas d'urgence pendant la garderie

1. Nom:..... Tél. : Lien de parenté:.....

2. Nom:..... Tél. : Lien de parenté:.....

3. Nom:..... Tél. : Lien de parenté:.....

• Loisirs

Quels sont ses loisirs favoris

Y a-t-il des activités/sports qu'il /elle ne peut pas pratiquer ?

• Repas

Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? oui / non Si oui, lesquels ?

A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui / non Si oui, lesquels ?

Est-il végétarien/végétalien ? oui / non

• Santé

Nom du médecin traitant et téléphone :

Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? oui / non

Groupe Sanguin :

Quel est son poids?..... sa taille?..... sa pointure?.....

• Informations médicales

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de:

	Oui	Non	Si OUI, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire.
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de route			
Autres			

- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? oui / non Si oui, lesquels ?

- Est-il/elle allergique?

A certains aliments ? oui / non Si oui, lesquels ?

A certains médicaments? oui / non Si oui, lesquels ?

Au soleil ? oui / non Si oui, quelles précautions prendre?

A d'autres choses ? oui / non Si oui, lesquelles?

- Votre fille est-elle réglée ? oui / non

- Devra-t-il/elle prendre des médicaments ? oui / non Si oui, lesquels ?

Quand et pourquoi ?

- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières ?

Porte-t-il des lunettes ? oui / non Si oui, quelle dioptrie ?

Porte-t-il un appareil auditif ? oui / non

- Souffre-t-il/elle d'un handicap ? oui / non Si oui, lequel ?

- A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos? oui / non

Date de la première injection:

Date du dernier rappel:

- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation de votre enfant à la garderie?

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur, ...) :

Date de signature :

Signature des parents ou du responsable :