



Les Oisillons
FICHE SANITAIRE

NOM : Prénom :

Sexe : M F

Date et lieu de naissance : / / à

Poids et taille de l'enfant à l'inscription : kg cm

VACCINATIONS:

Carnet de santé vu le : / /

BCG DT POLIO ROR Autres

ALLERGIES

Votre enfant a-t-il déjà manifesté une allergie ?

Si oui, était-ce une allergie :

- Alimentaire ? Quels aliments :
- Médicamenteuse ? Quels médicaments :
- Autres :

CAS PARTICULIERS / REGIME ALIMENTAIRE

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

DECHARGE PARENTALE

Nous, soussignés,,

AUTORISONS

N'AUTORISONS PAS

Le personnel de l'école à prendre toutes les mesures d'urgence en cas d'accident survenu dans l'établissement.

Signatures des parents,

Saint Martin, le

Père :

Mère :