



Fiche sanitaire

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

Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Date des vaccinations DT polio : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

Autres à signaler : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date et Signature