



Ecole Sainte Aldegonde

Chaussée d'Audenarde, 473A
7742 Hérinnes
069/55.67.00 - 0497/24.59.05

ecolesaintealdegondeherinnes.be
ecolesaintealdegonde@gmail.com

Collez ici partiellement deux vignettes de mutuelle de votre enfant.



Fiche Médicale

Cette fiche accompagnera votre enfant en cas de souci médical. Il est donc très important de la compléter entièrement. Merci



Informations sur l'enfant

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Chef de famille :
Adresse :	
Téléphone/GSM :	Téléphone travail :



Personnes à contacter dans l'ordre de vos priorités

Nom :	Tél :	Parenté :
Nom :	Tél :	Parenté :
Nom :	Tél :	Parenté :
Nom :	Tél :	Parenté :



Alimentation

Y a-t-il des aliments qu'il ne digère pas ? Non Oui, lequel

A-t-il un régime alimentaire particulier à suivre ? Non Oui, lequel

Quels sont les aliments à éviter impérativement ?



Loisirs

Y a-t-il des activités, sports que l'enfant ne peut pas pratiquer ?

L'enfant sait-il nager ? Très bien Bien difficilement pas du tout

A-t-il un brevet ? Non Oui, lequel



Santé

Nom du médecin traitant ? Tél :

Adresse :

Si'il fallait emmener votre enfant d'urgence, quel serait l'hôpital souhaité ?

Tournai Mouscron Courtrai peu importe

Est-il soigné par homéopathie ? Non Oui

Quel est son état de santé actuel ? Très bon Bon Moyen

Est-il allergique ? non

produits alimentaires

médicaments

soleil

autres

Quel est le groupe sanguin de votre enfant ?
.....

A-t-il subi une maladie ou intervention grave ? Non Oui, laquelle
.....
.....
.....

Doit-il prendre des médicaments ? Non Oui, lesquels, quand et pourquoi ?
.....
.....
.....

A-t-il des difficultés sensorielles particulières ?

lunettes appareil auditif autres

Est-il vacciné contre le tétanos ? Non Oui

Date de la 1^{ère} injection :

Date 1^{er} rappel :

Date 2^{ème} rappel :



Santé (suite)

Souffre-t'il régulièrement ou de manière permanente de

	non	oui	Si oui, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Incontinence/énurésie			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignement de nez			
Maux de tête, de ventre			
Coup de soleil			
Constipation, diarrhée			
Vomissements			
Mal de route, de mer			
Autres			



Certification des données / procuration

Je soussigné parent tuteur légal
certifie que les informations fournies dans cette fiche médicale sont réputées exactes et complètes.
donne procuration au responsable pour prendre en mon nom, s'il n'a pu me contacter, les mesures
médicales qui s'avèreraient nécessaires.

Signature :