

FICHE DE SECURITE

ENFANT

NOM et PRENOM

DATE DE NAISSANCE

VACCINATIONS (dates): DT POLIO BCG.....

ALLERGIES ALIMENTAIRES OUI NON

Si oui, existe-t-il un PAI OUI NON

MEDICAMENTS DECONSEILLES,

.....

Renseignements que vous jugez utiles de préciser :

PARENTS OU RESPONSABLES

NOM et PRENOM.....

ADRESSE

TELEPHONE

PERSONNEL

TRAVAIL PERE

MERE

AUTRE

URGENCE

EN CAS D'ACCIDENT , JE DESIRE QUE MON ENFANT SOIT TRANSPORTE :

-AU CENTRE HOSPITALIER

-A LA CLINIQUE.....

MEDECINS TRAITANTS :

- TEL.....

- TEL.....

Fait àle

SIGNATURES DES REPRESENTANTS LEGAUX