



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM :.....
PRENOM :.....
Adresse :.....
Tél :.....

MEDECIN TRAITANT DE L' ENFANT :

NOM :.....
Adresse :.....
Tél :.....

VACCINS OBLIGATOIRES :

_Diphtérie : oui non date du rappel.....
_Tétanos : oui non date du rappel.....
_Poliomyélite : oui non date du rappel

VACCINS RECOMMANDES :

_Hépatite B : oui non date du rappel.....
_Coqueluche : oui non date du rappel.....
_ROR : oui non date du rappel.....

Groupe Sanguin :.....

N° de SECURITE SOCIALE :.....

Nom et adresse de la MUTUELLE :.....

ALLERGIES

Médicaments	Alimentaires	Respiratoires /Eczéma

PRECAUTIONS PARTICULIERES A

PRENDRE :.....

.....
.....

AUTRES :(hospitalisations,handicaps)

.....

Fait à.....,Le.....

Signature