



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

A compléter par une personne responsable accompagnée d'un membre de l'équipe éducative

Identité de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

Emplacement pour une vignette
délivrée par la mutuelle.

Emplacement pour une vignette
délivrée par la mutuelle.

Identité des parents :

Nom père-tuteur :

Prénom :

Adresse :

.....

Mail :

Tél. fixe :

GSM :

Tél. Bureau :

Nom mère-tuteur :

Prénom :

Adresse :

.....

Mail :

Tél. fixe :

GSM :

Tél. Bureau :

Identité du médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. :



Informations médicales :

Groupe sanguin :

Poids : Taille :

Vaccination tétanos : OUI - NON Date du dernier rappel :

Allergie(s) / Intolérance(s) alimentaire(s) éventuelle(s) :

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

Mon enfant est atteint de :

diabète affection cardiaque autre :

asthme affection cutanée

épilepsie rhumatisme

somnambulisme handicap moteur

Ce qui nécessite le traitement suivant :

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

(Dans ce cas, fournir une copie du certificat médical.)

Informations médicales complémentaires :

(Remarques éventuelles, opérations subies, maladies antérieures, troubles,...).

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



Il est important de nous fournir ces renseignements afin que nous puissions agir le plus efficacement possible, en cas d'urgence.

Vous êtes responsables des informations mentionnées sur cette fiche médicale.
L'ensemble des données reste confidentiel.

Nous vous prions de nous tenir informés de toutes modifications éventuelles ou de toutes informations complémentaires à ajouter.

Fait en double exemplaires à l'EDD

le / /

Signature du membre de l'équipe éducative

Signature de la personne responsable
de l'enfant (lien de parenté)



**A compléter par une personne responsable
accompagnée d'un membre de l'équipe éducative**

Je soussigné(e), père - mère - tuteur
de (Nom et Prénom de l'enfant) autorise le responsable de
la garderie, Monsieur / Madame, sur avis formel écrit d'un médecin, en cas
de maladie ou d'accident de mon enfant, à prendre toutes mesures d'urgence, tant médicales que
chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation et désire en être averti immédiatement.

Fait en double exemplaires à l'EDD

le / /

Signature du membre de l'équipe éducative

Signature de la personne responsable
de l'enfant (lien de parenté)