

## Fiche sanitaire 2018 - 2019

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>	
<b>Père</b>		<b>Mère</b>	
<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>

Renseignements médicaux																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th colspan="3" style="background-color: #e0f2f1;">Maladies</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Angine</td><td><input type="checkbox"/> Rougeole</td><td><input type="checkbox"/> Coqueluche</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Rhumatisme</td><td><input type="checkbox"/> Oreillons</td><td><input type="checkbox"/> Otite</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Rubéole</td><td><input type="checkbox"/> Scarlatine</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Varicelle</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Maladies			<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Scarlatine		<input type="checkbox"/> Varicelle			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th colspan="3" style="background-color: #e0f2f1;">Allergies</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Alimentaires</td><td><input type="checkbox"/> Asthme</td><td><input type="checkbox"/> Médicamenteuses</td></tr></tbody></table>	Allergies			<input type="checkbox"/> Alimentaires	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Médicamenteuses
Maladies																						
<input type="checkbox"/> Angine	<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Coqueluche																				
<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Otite																				
<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Scarlatine																					
<input type="checkbox"/> Varicelle																						
Allergies																						
<input type="checkbox"/> Alimentaires	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Médicamenteuses																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="background-color: #e0f2f1;">Traitement médical</th></tr></thead><tbody><tr><td style="height: 100px;"></td></tr></tbody></table>	Traitement médical		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="background-color: #e0f2f1;">Difficultés de santé</th></tr></thead><tbody><tr><td style="height: 100px;"></td></tr></tbody></table>	Difficultés de santé																		
Traitement médical																						
Difficultés de santé																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="background-color: #e0f2f1;">Recommandations utiles des parents</th></tr></thead><tbody><tr><td style="height: 100px;"></td></tr></tbody></table>	Recommandations utiles des parents																					
Recommandations utiles des parents																						

Médecin traitant	
<b>Nom</b>	<b>Numéro de téléphone</b>