

Fiche sanitaire 2019 - 2020

Nom	Prénom	Date de naissance	
Parent1		Parent2	
Nom	Prénom	Nom	Prénom

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><tr><td colspan="3" style="height: 100px;"></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	
Nom	Numéro de téléphone