



Yvelines
Conseil général



Fiche Sanitaire

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

En cas de nécessité tél n° :
.....

L'enfant suit-il un traitement ?	oui	non
Si oui lequel ?		
L'enfant porte-il des lentilles ?	oui	non
L'enfant porte-t-il des lunettes ?	oui	non
L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ?	oui	non
L'enfant porte-t-il un appareil dentaire ou d'orthodontie ?	oui	non
L'enfant a-t-il eu des problèmes musculaires, osseux ? (tendinite, distensions ligamentaires, fractures)	oui	non
L'enfant a-t-il des problèmes respiratoires ? (asthme)	oui	non
L'enfant présente-t-il des allergies aux médicaments ? (si oui, précisez : pommade, gel ...)	oui	non
L'enfant présente-t-il d'autres allergies ? (si oui, précisez : poussière, mousse, magnésie...)	oui	non

Je soussigné,....., responsable légal de l'enfant dénommé(e) ci-dessus, autorise l'O.G.C.V à appeler les pompiers ou le SAMU qui prendront les dispositions nécessaires en cas d'urgence.

Date :

Signature :