



Fiche Médical

Remplir par le médecin traitant

Enfant :

Allergies :

(Alimentaires, médicamenteuses, diverses)

Médicaments :

(Besoins régulières)

Divers :

(Maladies, opérations, etc)

Je déclare avoir examiné l'enfant prénommé et l'avoir trouvé en bonne santé.

Date

Signature du médecin traitant