

# Fiche médicale

Vignette obligatoire (à coller ici)

Nom et prénom de l'enfant : .....

Nom(s) et prénom(s) des parents : .....

.....

Numéro(s) de téléphone des parents : .....

Adresse email : .....

Questions médicales	Oui	Non	Remarques
Antécédents médicaux ?			
Allergies ?			
Traitement régulier ?			
Groupe sanguin :			
<input type="checkbox"/> Je déclare sur l'honneur du bon état de santé de mon enfant et des proches qu'il a côtoyés.			

Présence garderie :

Jours	Garderie du matin 7h45 > 9h15	Garderie du soir 16h > 18h
Lundi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mardi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mercredi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Jeudi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vendredi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non