



E.P.V La P'tite Ruche
Crèche – Garderie – Maternelle – Primaire
Cocody Riviéra route de Bingerville, carrefour Nouvelle Ecole
Tél : 07 59 60 56 21 / 01 01 77 05 98
Email : contact@lapetiteruche.com
Site : www.lapetiteruche.com

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE

Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de votre enfant, vous êtes près de remplir cette fiche avec précision et de la rapporter lors de l'inscription. (Cochez la case correspondant à votre réponse).

Pour mieux connaître votre enfant

1. IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom :

Prénom (S) :

Sexe : F ☐ M ☐

Né (e) le :/...../..... A :

Groupe sanguin : ☐ Taille : Poids :

2. VACCINATIONS

Joindre à cette fiche le carnet et tous les autres vaccins faits en dehors du carnet (obligatoire)

3. SOMMEIL / REPAS

A-t-il/elle une habitude particulière avant de se coucher/ pendant la nuit ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

Faut-il le/la réveiller pour aller aux toilettes ? Oui ☐ Non ☐

Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel :

4. DONNÉES MÉDICALES

Nom du médecin traitant :

Tél :/...../...../...../.....

Votre enfant a-t-il eu des maladies suivantes :

Immunisations - vaccinations

Date de la dernière dose

Maladie	Année	Maladie	Année
Coqueluche		Oreillons	
Pneumocoque		Rubéole	
Méningite		Varicelle	
Rougeole		Vaxigrippe	
Hépatite (A-B-C)		Poliomyélite	
Crise de tétanie		Drépanocytose	
Convulsion		Saignement du nez	

Votre enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes ?

Bégaïement ☐ Déficience auditive ☐

Défaut de vision, lequel :

Autres problèmes ; précisez :

Votre enfant est : Droitier ☐ Gaucher ☐

Est-il/elle allergique ou sensible : à certains produits alimentaires Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

À certains médicaments ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels ?

Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels, quand, et comment ?

Fait à, le...../...../.....

Signature