



FICHE MEDICALE

Nom : Prénom:

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Grossesse, accouchement :

P.N.: Médecin traitant :

Antécédents médicaux/chirurgicaux personnels :

.....

.....

Antécédents médicaux/chirurgicaux familiaux :

.....

.....

Traitement(s) :

Allergie(s) :

Régime alimentaire particulier :

sur prescription médicale :

Vaccinations : - D.T.P.Coq Penta/Quinta Hexa

3 injections

rappel

- Prévenar 3 injections

rappel

- Hépatite B 2 injections

3ème injection

- R.O.R. rappel

- B.C.G.

Autres renseignements :

.....

.....