



FICHE SANTÉ

Nom de l'enfant:

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

Nom des parents :

Numéros de téléphones:

Maison :

Travail :

Cellulaire :

Courriel:

Problème de santé:

Allergie alimentaire:

Degré de sévérité: Peu Moyen Sévère Très sévère

Médicaments:

Commentaires: