

Fiche Enfant

Enfant

NOM : Prénom :

Age :

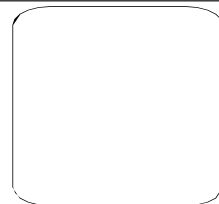
Sexe :

Code Interne :

Nationalité :

Né(e) le à

N° de sécurité sociale :



Famille

Adresse :

Secteur :

Zone :

Situation familiale :

Nbr total d'enfants :

Nbr d'enfants à charge :

Code Interne :

E-mail :

Téléphone domicile :

Régime :

Assurance :

N° de police :

Père :

Nom : Prénom :

Adresse :

Né(e) le à

Nationalité :

Téléphone domicile :

Mobile :

N° Sécurité

N° Allocataire :

Profession :

Société :

Tél. Pro. :

Tél. Pro. 2 :

Autorité Parentale **Oui**

Mère :

Nom : Prénom :

Adresse :

Né(e) le à

Nationalité :

Téléphone domicile :

Mobile :

N° de sécurité

N° Allocataire :

Profession :

Société :

Tél. Pro. :

Tél. Pro. 2 :

Autorité Parentale **Oui**

Fiche Enfant

Divers

Sommeil :

Habitudes :

Activités :

Notes :

Autorisations

Autorisation	OUI / NON	Commentaire
ADMINISTRER HOMEOPATHIE (CHUTES, MAUX DENTS)		
APPLIQUER CREME SOLAIRE		
AUTORISATION CONSULTATION CAFPRO		
AUTORISATION D'HOSPITALISATION/URGENCE		
AUTORISATION DE BAINNADE		
AUTORISATION DE FILMER/PHOTOGRAPHER		
AUTORISATION DE SORTIE		
AUTORISATION DE TRANSPORT		
DELIVRER ANTIPYRETIQUE		
DELIVRER MEDICAMENT SUR ORDONNANCE		
DIFFUSION IMAGE / PRESSE		
DIFFUSION IMAGE / RAPPORT STAGIAIRE		
DIFFUSION IMAGE / SITE INTERNET		
DIFFUSION IMAGE / UTILISATION INTERNE STRUCTURE		
PARTICIPATIONS AUX ACTIVITES INTERCOMMUNALES		

Médecin

Spécialité

Adresse

Téléphone

Ville

--	--	--	--	--

Vaccins

Obligatoire

Dernière Vaccination

Prochaine Vaccination

DT POLIO 4 RAPPEL	OUI		__/__/__
HEPATITE B 1	OUI		__/__/__
ROR	OUI		__/__/__

Notes Médicales

Fiche Enfant

Etablissement Hospitalier :

CHU CHUBERT

Autorisation d'Hospitalisation :



Traitement contre la Pédiculose :



Antécédents Médicaux

Commentaires - Hospitalisation

Personnes Autorisées à Venir Chercher l'Enfant

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone	Téléphone 2	Lien de Famille