

A.S.B.L CRABI FAMILY FARM

FICHE MEDICALE

Nom et Prénom de l'enfant :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

.....
.....

Numéro de téléphone de/des personne(s) de contact :

.....
.....

Informations médicales confidentielles

Mon enfant est atteint de :

Diabète - Asthme - Affection cardiaque - Affection cutanée - Handicap moteur

Autre(s) - Précisez :

.....
.....

Votre enfant est-il allergique à certaines matières, aliments, insectes, médicaments etc. ? Oui/Non

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Suit-il un régime alimentaire particulier ? Oui/Non

Si oui, lequel ?

.....
.....

Est-il sous traitement médicamenteux ? Oui/Non Si oui, lesquels ?

.....
.....