

Informations en cas d'urgence médicale



Nom	
Date de naissance :	
Adresse :	
Téléphone :	
Téléphone lieu de travail du père :	
Téléphone lieu de travail de la mère :	
Médicaments à prendre : * matin	
* midi	
* soir	
Groupe sanguin :	
Vaccin antitétanique : date du dernier rappel	
Allergies ou contre-indications :	
Aliments à ne pas donner à votre enfant :	
Autres informations médicales :	
Autres commentaires éventuels :	
Vignettes de mutuelle à coller ici :	