INSTITUT DE LA SAINTE-FAMILLE

Fiche médicale

Document confidentiel

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Groupe sanguin :

Votre enfant prend-il des médicaments ? **oui/non**
Si oui lesquels et pourquoi ?

Votre enfant est-il allergique ? **oui/non**
Si oui à quoi ?

Votre enfant est-il allergique à certains médicaments, produits ou aliments ? **oui/non**
Si oui auxquels ?

Autres maladies ou troubles à signaler : **(épilepsie, diabète, asthme…)**

En cas de problème de santé de ma fille, j'accepte que ce document soit consulté par un médecin ou un infirmier.

Nom et signature de la personne responsable ou l'élève majeur : Date :

Rue de Montmédy 2 – B 6760 Virton Tel.063/58.88.60 – Fax 063/58.88.70
internat@isfvirton.be – www.isfvirton.be – www.facebook.com/isfvirton
Matricule 8 225 009 – Fase 2758