

fiche

D'INFOS ET SANTÉ

Personnes de contact et GSM :

.....

.....

Médecin traitant ou pédiatre :

Téléphone :

Adresse :

État de santé actuel : Très bien | Bien | Moyen

Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? ☐ Oui ☐ Non

Groupe Sanguin :

Numéro national :

Votre enfant a-t-il des **allergies** ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quel type ? ☐ Médicamenteuse ☐ Alimentaire ☐ Environnement ☐ Autre

Précisez lesquelles :

Précisez les précautions à prendre :

Votre enfant a-t-il une **maladie chronique** ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle :

Votre enfant a-t-il eu une **maladie grave** ou subi une **intervention grave** ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, quand et lesquelles :

A-t-il été vacciné(e) contre le **tétanos** ? ☐ Oui ☐ Non

Date de la première injection :

Date du dernier rappel :

Votre enfant prend-il des **médicaments** en permanence ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour quelle raison :

Si oui, posologie : Fréquence :

Porte-t-il des **lunettes** ? ☐ Oui (dioptrie :) ☐ Non

Porte-t-il un **appareil auditif** ? ☐ Oui ☐ Non

JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29
30		30	30	30	30
31		31		31	



COMMUNICATIONS PARENTS <> MILIEU D'ACCUEIL



www.citolia.be



Date :

INFOS PARENTS > MILIEU D'ACCUEIL

Sommeil

Bien dormi ? oui / non

Si non, raison :

Levé(e) à

Repas

Premier repas à

Bien mangé ? oui / non

Si non, raison :

Changement alimentaire ? oui / non

Si oui, lequel :



Santé

Selles normales ? oui / non

Si non, raison :

Température anormale :

Raison :

Médicaments, soins éventuels reçus
la nuit et/ou le matin :

Retour

Heure prévue :

Avec :

INFOS MILIEU D'ACCUEIL > PARENTS

Sommeil

De à

.....

.....

.....

Repas

Heures Quantité lait ou aliment reçu

.....

.....

.....

Santé

Selles normales ? oui / non

Température anormale :

Médicaments, soins éventuels reçus
durant la journée :

Penser à apporter

.....

.....

.....