



WALLONIE-BRUXELLES  
ENSEIGNEMENT

Internat Autonome  
Limbourg



## FICHE MEDICO-PHARMACEUTIQUE

	RENSEIGNEMENTS
NOM et Prénoms:	
Lieu et Date de naissance	
Groupe sanguin de l'enfant	
Nom et Prénom du responsable	
Adresse	
N° de téléphone	
Dénomination de la mutuelle :	
N° d'affiliation :	
J'autorise l'équipe éducative à donner une médication de base en cas de : - Nausée, diarrhée, maux de tête, maux de gorge	OUI / NON
N° de téléphone des parents :	
Nom et N° de téléphone d'une autre personne	
Nom du médecin traitant :	
N° de téléphone :	
Traitement médical en cours : <b>ATTENTION</b> : fournir obligatoirement une ordonnance médicale pour justifier la durée, la fréquence et la posologie de la médication	- - - - - -
Votre enfant est en ordre de vaccination :	
L'enfant est allergique	OUI / NON
A des médicaments	
A certaines aliments et/ou matières	

Fait à ..... le .....

Signature