

QUESTIONNAIRE MEDICAL

FORMULAIRE A COMPLETER

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le

N° de Sécurité Sociale de l'assuré :

Nom du médecin traitant : Ville :

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique : Oui Non

Si oui, laquelle :

Votre enfant :

- présente-t-il des problèmes rénaux ou urinaires : Oui Non

- présente-t-il des allergies (en particulier à l'œuf) : Oui Non

- présente-t-il des réactions à des vaccinations: Oui Non

- présente-t-il un déficit immunitaire : Oui Non

- a-t-il été malade récemment : Oui Non

Si oui précisez

- prend-il un traitement : Oui Non

Si oui précisez.....

- a-t-il été vacciné récemment : Oui Non

Si oui, quel vaccin :

Date vaccination:

IMPORTANT : pensez à fournir le carnet de santé de l'enfant afin que le médecin puisse le compléter