

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MESURES A PRENDRE EN CAS D'URGENCE

Nom & Prénoms: KOUASSI AHOUE MARIE JOCELINE

Classe: LICENCE PRO ASSISTANT(E) DE DIRECTION 1ÈRE ANNÉE

Personnes à contacter en cas d'urgence (par ordre d'importance):

1)	2)
Nom: KOFFI KOUADDIO JEAN	Nom: KOUAKOU KOUASSI SAMBA
Adresse	Adresse
Téléphone fixe:	Téléphone fixe:
Portable:	Portable:

En cas d'urgence: Souhaitez-vous que votre enfant soit admis au centre médical le plus proche ?

Réponse: OUI

Si "NON" précisez le nom de la clinique souhaitée:

En cas d'antécédent(s) particulier(s):

Quelles sont les maladies dont souffrent votre enfant ?

Les soins prescrits ?

Les médicaments interdits:

Quels sont les premiers soins à donner ?

Quelles sont les interventions chirurgicales ou les maladies subies par votre enfant ?

Signature de l'étudiant

Date et Signature du Responsable