

A remplir par le médecin traitant To be completed by the family doctor

Nom de l'enfant :
Child's name:

Allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres) :
Allergies (food, medication, etc...) :

Médicaments (besoins réguliers) :
Medication (taken regularly):

Divers (maladies, opérations, etc.) :
Miscellaneous (illnesses, operations etc):

Je déclare avoir examiné l'enfant susmentionné et l'avoir trouvé en bonne santé.
I declare that I have examined the above child and found him / her in good health:

Lieu, date
Place, date

Sceau et signature du médecin
Stamp and doctor's signature

.....