



- Morcellement Swan, Péreybère -

BRN: C10096655

(Bureau/Office) 269 1044

(Fax) 263 7115

Martine (Portable/Cell) 5 723 5980

Chantal (Portable/ Cell) 5 266 2557

Email 1: martine2@intnet.mu

Email 2: chantal.martinecolette@hotmail.com

FICHE MÉDICALE / MEDICAL FORM

Veillez remplir ce formulaire avec "précision", en caractères d'imprimerie.

Please use PRINT to fill the form below, in detail.

Nom de l'enfant / Child's surname	
Prénom(s) / First Name(s)	
Date de naissance / Date of Birth	
N° de Tél. à Domicile / Home Tel. N°	
N° de Tél. au Travail / Work Tel. N°	
N° de Tél. Portable / Mobile Tel. N°	
Autre Contact Tél. / Another Tel. Contact	
Adresse email / Email Address	
Nom du Docteur / Doctor's Name	
N° de Tél. du Dr / Dr's Tel. N°	
Votre enfant a-t-il reçu tous ses vaccins? Are your child's vaccinations up to date?	
Votre enfant souffre-t-il d'allergies? Is your child prone to certain allergies?	
Lesquelles? / Which ones?	
Votre enfant est-il asthmatique? Is your child asthmatic?	
Votre enfant est-il épileptique? Is your child epileptic?	
Votre enfant prend-il régulièrement des médicaments? Lesquels? Is your child under any regular medication? If so, what is it?	
Quelle en est la raison médicale? For what medical reason?	
Veillez préciser le mode d'emploi. Please indicate the dosage and directions of use.	
Veillez donner toute autre information médicale utile:- défauts visuels, problèmes auditifs, infirmités, naissance difficile etc...	
Please give any other relevant Medical Information:- weak eyesight, hearing problems, deformities, difficulties at birth etc.	

Signature des Parents/Tuteurs / Signature of Parents/Guardians