

Rempli par

Nom/prénom :

Dernière mise à jour de la fiche :

Date :

FICHE SANTÉ ET SUIVI MÉDICAL



- Appareils auditifs Oui Non
- Lunettes / Lentilles Oui Non
- Prothèses dentaires Oui Non

TRAITEMENT CHRONIQUE

Médicaments	Dosage	Fréquence

Médicaments	Dosage	Fréquence

TRAITEMENT PONCTUEL

Médicaments	Date de début	Date de fin