



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