



www.coloriage.info


## Renseignements Personnels de votre Enfant

---

Nom.....Prénom .....

Date de naissance .....

Nom et Prénom du Père et/ou de la Mère : .....

Adresse.....Ville .....

Tel de contact.....Mail.....

## Historique médical

---

Nom de votre pédiatre : .....

A quand remonte son dernier examen médical : .....

Est-ce que votre enfant souffre d'une ou plusieurs pathologies ?.....

.....

Avez-vous déjà remarqué un saignement anormal chez votre enfant ?                      Oui  Non

Est-ce que votre enfant prend des médicaments en ce moment ?.....

Est- il/elle allergique ? .....

## Historique dentaire

---

### **HYGIENE DENTAIRE**

Utilise t'il/elle une brosse à dent            Dure            Moyenne             Souple

Quand votre enfant se brosse t'il/elle les dents ?            Matin            Midi             Soir

A-t-il déjà eu des soins dentaires ?.....

Cela s'est-il bien passé ?.....