

Fiche Sanitaire année 2024/2025
Karta zdrowia rok 2024/2025

Nom / nazwisko: _____ **Prénom** / imię: _____
Date de naissance / data urodzenia: ____ / ____ / ____ **PESEL**: _____
Adresse / adres: **rue** / ul. _____ n^o _____
Ville/miasto: _____ **code postal** / kod pocztowy: _____
Téléphone en cas d'urgence / telefon w nagłych wypadkach: _____
Médecin traitant / lekarz prowadzący: **nom** / nazwisko: _____
téléphone / telefon: _____
langue parlée / język używany: _____
Adresse de l'hôpital en cas d'urgence / adres szpitala w razie wypadku :

Vaccins / szczepionki :

Allergies / alergie :

Régime alimentaire / dieta :

Autorisation d'hospitalisation / Zezwolenie na pobyt w szpitalu:

Je soussigné(e) / Ja niżej podpisany(a) _____
autorise le personnel éducatif à faire hospitaliser mon enfant / zezwalam pracownikowi
przedszkola Francuskiego – Dyr. Grażynie Mompert na oddanie mojego dziecka
_____ **en cas d'urgence** / do szpitala w razie wypadku.

Date / data : _____

Signature / podpis : _____

[Wpisz tutaj]

Adresse / adres: Ecolematernelle, ul. Halicka 8, 81-506 Gdynia Contact / kontakt: 606 985 059,
e-mail: grazynka@ecolematerielle.pl web: www.ecolematerielle.pl