

**Suivi médical (suite)**

Date	
Conclusions	

**Carnet de santé** / *Health record*



**Fédération ESPPER**

Pour le soutien des enfants des rues  
*(Supporting street children)*

Association : .....

Adresse *(Address)* : .....

Téléphone *(Phone)* : .....

**Identification de l'enfant**

*Child identification*

Nom *(Name)* : .....

Prénom *(First name)* : .....

Masculin *(male)*  Féminin *(female)*

Né(e) le *(Date of birth)* : .....

à *(birthplace)* : .....

## Caractéristiques de l'enfant

*(Characteristics of the child)*

Taille *(height)* : ..... Poids *(weight)* : .....

Yeux *(eyes)* : ..... Peau *(skin)* : .....

Signes particuliers *(distinguishing marks)* : .....

Cicatrices, scarifications *(scars, scarification marks)* : .....

Vision : ..... Audition *(hearing)* : .....

Parole *(speaking)* : ..... Dentition : .....

Divers / famille si possible *(miscellaneous / family if possible)* : .....

## Antécédents médicaux, traumatiques...

*(Medical past - injuries...)*

Date	Maladie/accident <i>Disease / Accident</i>	Diagnostic <i>Diagnosis</i>	Suites <i>Effects / Results</i>

## Suivi médical

*(Medical monitoring)*

Date	Conclusions