



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

Identité du participant

Nom : Prénom : Né(e) le

Adresse : N° Bte.....

Localité : CP : Tél : /

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom :

Lien de parenté :

Tél : /

Nom :

Lien de parenté :

Tél : /

Médecin traitant

Nom :

Adresse :

Tél : /

Informations médicales confidentielles

L'enfant est-il atteint de :

- Diabète Asthme Epilepsie Somnambulisme Affection cardiaque Affection cutanée Rhumatisme
- Handicap moteur Handicap mental Autres :

Dispositions à prendre :

.....

A-t-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Peut-il participer aux activités sportives ? Oui Non

Est-il allergique à des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

Est-il allergique à certaines matières ou aliments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui Non (date du dernier rappel).....
A-t-il reçu le sérum antitétanique ? Oui Non En quelle année ?
Date du dernier test à la tuberculine et résultat

Soins à prodiguer et prescriptions pendant le stage

.....
.....

Médicaments à prendre durant le stage

.....
.....

Nom, Prénom : (Père / mère / tuteur légal) (Biffer les mentions inutiles)

Date :/...../20.....

Signature :

Collez une vignette de mutuelle ici
Collez une vignette de mutuelle ici