



## FICHE MÉDICALE : Pour les personnes de moins de 18 ans

<b><u>1.Nom :</u></b>	
<b><u>2.Prénom :</u></b>	
<b><u>3.Groupe :</u></b>	

4. Toutes les données recueillies sur cette fiche seront traitées avec discrétion et cette feuille sera détruite après un an.

5. Adresse (n° et rue) : \_\_\_\_\_ 6. Code Postal : \_\_\_\_\_

7. Localité \_\_\_\_\_ 8. Téléphone : \_\_\_\_\_

9. Matricule : \_\_\_\_\_ 10. Caisse de maladie : \_\_\_\_\_

11. Date de la dernière vaccination contre le tétanos (N.B. : Un rappel est nécessaire tous les 10 ans.) : \_\_\_\_\_

12. Antécédents médicaux et chirurgicaux, handicaps

--

13. Allergies (aliments, plantes, animaux, médicaments,...)

14. Traitement éventuel

--	--

15. Médicaments devant être pris régulièrement (p.ex. tous les jours), avec le dosage

16. Médicament	17. Dosage	18 : Matin/Midi/ Soir	19. Avant/Après les repas

20. Mon enfant peut prendre ses médicaments de manière autonome :

Oui  Non, les animateurs doivent s'en charger.



21. Mon enfant peut participer à toutes les activités physiques et sportives :  Oui  non

22. Si non, quelles sont les activités à éviter ?

23. Mon enfant sait  bien  pas bien  pas nager.

24. Régime particulier éventuel

25. Coordonnées des parents en cas d'urgence :

26. Nom et prénom : \_\_\_\_\_ 27. Téléphone : \_\_\_\_\_

26. Nom et prénom : \_\_\_\_\_ 27. Téléphone : \_\_\_\_\_

28. Personne à contacter si les parents ne sont pas joignables :

29. Nom et prénom : \_\_\_\_\_ 30. Téléphone : \_\_\_\_\_

31. Lien de parenté avec l'enfant : \_\_\_\_\_

32. Médecin connaissant le mieux l'enfant :

33. Nom et prénom : \_\_\_\_\_ 34. Téléphone : \_\_\_\_\_

35. Remarques supplémentaires :

### 36. Autorisation parentale :

Par la présente, j'autorise les animateurs responsables à entreprendre les démarches nécessaires en cas de maladie ou d'accident de mon enfant, notamment à consulter un médecin de leur choix. Au cas où l'état de santé de mon enfant réclamait une décision urgente, et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse l'initiative au médecin traitant pour le choix de tout examen, traitement médical ou intervention chirurgicale qu'il jugera nécessaire.

\_\_\_\_\_  
37. nom et prénom Père / Mère / Tuteur\* \_\_\_\_\_  
\*38. Rayer les mentions inutiles 39. Nom de l'enfant

\_\_\_\_\_  
40. Date 41. Signature

42.  Prière de joindre une copie récente de la carte de vaccination.  
43.  Prière de joindre une copie des deux faces de la carte de Sécurité Sociale.

