

FICHE MÉDICALE

EMPLACEMENT POUR
UNE VIGNETTE DE MUTUELLE

ATTENTION!

LA CARTE ISI+ OU CARTE D'IDENTITÉ DE L'ENFANT DOIT ÊTRE REMISE
AVEC CETTE FICHE À L'ANIMATEUR DE SECTION LE JOUR DU DÉPART.

EMPLACEMENT POUR
UNE VIGNETTE DE MUTUELLE

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : PRÉNOM : NÉ(E) LE / /
ADRESSE :

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom :
Tél : Tél :
ADRESSE :

Nom :
Tél : Tél :
ADRESSE :

MÉDECIN TRAITANT

Nom : Tél :
ADRESSE :

INFORMATIONS MÉDICALES CONFIDENTIELLES

L'ENFANT EST-IL ATTEINT DE :

- ☐ DIABÈTE
- ☐ ASTHME
- ☐ ÉPILEPSIE
- ☐ SOMNAMBULISME
- ☐ AFFECTION CARDIAQUE
- ☐ AFFECTION CUTANÉE
- ☐ RHUMATISME
- ☐ HANDICAP MOTEUR
- ☐ HANDICAP MENTAL

FRÉQUENCE ET GRAVITÉ :
.....
.....

• EST-IL SENSIBLE AUX REFROIDISSEMENTS ? Oui Non

• EST-IL VITE FATIGUÉ ? Oui Non

• EST-IL INCONTINENT ? Oui Non

• A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE ? Oui Non

• PEUT-IL PARTICIPER AUX ACTIVITÉS SPORTIVES ? Oui Non

• PEUT-IL PARTICIPER AUX BAINNADES ? Oui Non

• SAIT-IL NAGER ? 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 DU SÉRUM ANTITÉTANIQUE ? Oui Non

(EN QUELLE ANNÉE) :

DATE

SIGNATURE