

FICHE MÉDICALE

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

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 BAIGNADES ? | 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