

FICHE MEDICALE. A JOINDRE AU DOSSIER DE L'ENFANT.

PARENTS : Ce questionnaire doit être complété par vous-même ou par votre médecin. Il est nécessaire de nous donner ces renseignements si vous voulez que votre enfant retire le maximum de profit de son séjour. Ils nous permettront d'organiser son régime de vie en fonction de ses besoins et de ses possibilités.

IDENTITE DE L'ENFANT :

NOM : Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Ecole fréquentée :
 Personne à prévenir en cas de nécessité :
 NOM, Prénom :
 Adresse :
 Téléphone :

DONNEES MEDICALES :

NOM et TEL. du médecin traitant :
 Maladies antérieures ou opérations subies :
 Est-il atteint de : *diabète - asthme - affection cardiaque - épilepsie - rhumatisme - handicap moteur - affection cutanée - somnambulisme - autre* ?
 L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible :
 à des médicaments : **OUI - NON**
 Lesquels ?
 à certaines matières ou aliments : **OUI - NON**
 Lesquel(le)s ?
 Est-il incontinent ? **OUI - NON**
 Est-il vite fatigué ? **OUI - NON**
 Est-il sensible aux refroidissements ? **OUI - NON**
 Souffre-t-il d'acétonurie ? **OUI - NON**
 A-t-il atteint la puberté ? (pour les filles) **OUI - NON**
 A-t-il été vacciné contre le tétanos ? **OUI - NON**. En quelle année ?
 A-t-il subi un (ou des) rappel(s) ? **OUI - NON**
 Si oui, en quelle(s) année(s) ?
 A-t-il reçu un sérum antitétanique ? **OUI - NON**. En quelle année ?
 Quel est son groupe sanguin ?
 Date du dernier examen médical scolaire :

IMPORTANT : L'enfant doit-il prendre un (ou des) médicament(s) en cours de séjour ? **OUI - NON**
 Lequel (lesquels) et en quelle(s) quantité(s) ?

Peut-il participer sans inconvénients à des activités sportives (y compris baignades) et jeux adaptés à son âge ? **OUI - NON**

Y avait-il eu des remarques particulières concernant sa participation à pareille activité ?

OUI - NON. Lesquelles ?

Date :

Signature :