Le Petit Fagnard
ASBL
CLASSES VERTES

Stage du .....au .....

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

Informations médicales confidentielles.

Identité de l'enfant

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
âge : .....
Adresse + n° : .....
Localité + cp : .....
Groupe sanguin .....
Taille : .....
Poids : .....

Où joindre les parents proches pendant le stage :

Nom du proche : .....
Lien de parenté : .....
Tél : .....
GSM : .....

Médecin traitant : .....
Adresse + n° : .....
Localité + cp : .....
Tél. : .....

Y a-t-il des remarques concernant la participation à des stages de vacances ?
.....
.....
.....
.....
.....

Votre enfant,

Est-il vite fatigué ? Oui / Non
Est-il incontinent ? Oui / Non
Est-il allergique ? Oui / Non
Substances et/ou piqures d'insectes?
Si oui, auxquelles ?
.....
.....
.....
.....
Est-il diabétique ? Oui / Non
Est-il asthmatique ? Oui / Non
Est-il épileptique ? Oui / Non
Est-il somnambule ? Oui / Non
Est-il atteint d'une affection cardiaque ? Oui / Non
Est-il atteint d'une affection cutanée ? Oui / Non
A-t-il subi des opérations ? Oui / Non
Si oui, lesquells?
.....
.....
.....
.....

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui / Non
En quelle année : .....
Rappel : .....

Peut-il participer sans inconvénients aux activités sportives et jeux ?
(pour les 8-14 ans : marche de 15 km, parcours d'obstacles kids, mini footing) Oui / Non

Doit-il prendre des médicaments ? Oui / Non
Si oui, lesquels et comment ?
.....
.....
.....

A-t-il des contres indications
médicamenteuses ? Oui / Non
.....
.....
.....

Est-il restreint au niveau alimentaire ? Oui / Non
Si oui, lesquelles ? (voir ci-dessous)
Il mange ce qu'il veut Oui / Non
Il « doit » manger un peu de tout Oui / Non

Régimes allergisants (gluten, lactose, arachides,…)
.....
.....
.....

Régimes musulmans ou juifs (sans porc)
.....
.....
.....

Régimes musulmans ou juifs ou végétarien (sans viande)
.....
.....
.....

Anniversaires, nom et âge
.....
.....
.....

Autres renseignements utiles :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je joins …….page(s) annexe(s)
comme complément d'information.

Je joins sa carte de mutuelle ISI + : oui / non

Je joins sa carte d'identité oui / non

Je soussigné (parents ou tuteurs)
…….autorise le responsable du stage (en cas d'urgence et si le médecin local le juge nécessaire) de faire hospitaliser l'enfant pour y recevoir les soins médicaux indispensables.

DATE : .....
NOM : .....

SIGNATURE :

Pour le 1er jour du stage, il est impératif d'apporter la carte de la mutuelle ISI + ou quelques vignettes ou sa carte d'identité.