

FICHE MEDICALE

(à remettre au responsable le premier jour du stage)

Nom et prénom de l'enfant (MAJUSCULES) :

.....

Adresse :

.....

Date de naissance : / /

Personnes à contacter en cas d'urgence :

NOM : Lien de parenté :

Téléphone :

NOM : Lien de parenté :

Téléphone :

Nom du médecin traitant :

Téléphone :

Données médicales confidentielles:

Le participant est-il/a-t-il été victime de :

	OUI	DATE	REMARQUES
Entorses récentes			<i>Localisation :</i>
Fractures			<i>Localisation :</i>
Commotion cérébrale			
Difficultés cardiaques			
Epilepsie			
Allergies			<i>Lesquelles ?</i>
Vaccination contre le tétanos			
Crises nerveuses			
Variation de tension			
Asthme			
Diabète			
Somnambulisme			
Incontinence			
<u>Autres renseignements à nous signaler (maladies, opérations, blessures) :</u>			
.....			

Fait à, le

Signature :