

CAMP DE VACANCES COLLEGE SAINT-HADELIN VISE

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

A faire compléter avec précision par les parents
et le médecin traitant.

Emplacement pour une vignette de mutuelle
A COLLER ICI

Merci de demander à votre Mutuelle la **CARTE
EUROPEENNE D'ASSURANCE MALADIE**
Elle sera remise au responsable du groupe, avec la
CARTE D'IDENTITE, en montant dans le car

A REMPLIR PAR LES PARENTS

NOM : Prénoms :

Ecole : Classe :

ADRESSE : Rue

CP Ville Tel : /

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom - Adresse :

.....

..... Tél : /

Médecin traitant

Nom - Adresse :

.....

..... Tél : /

Est-il sensible aux refroidissements ? OUI - NON

Est-il vite fatigué ? OUI - NON

Est-il incontinent ? OUI - NON

A-t-il un régime alimentaire particulier ? OUI - NON

Si oui, lequel ?

.....

.....

Peut-il participer aux activités sportives ? OUI - NON

Est-il allergique à certains médicaments ? OUI - NON

Si oui, lesquels ?

.....

.....

Est-il allergique à certaines matières ou aliments ? OUI - NON

Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

Autres observations éventuelles :

.....

RAPPEL : Aucun médicament ne sera donné à votre enfant si le certificat n'est pas complété par le médecin traitant

DATE :

Signature

CERTIFICAT MEDICAL

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

L'enfant est-il atteint de :

- Diabète Asthme Epilepsie Somnambulisme Enurésie
- Affection cutanée Epistaxis
- Allergies si oui, lesquelles ?

Autres :

Fréquence et gravité :
.....
.....

Vaccinations reçues : tétanos en date du :

Etat de santé : cœur :
voies respiratoires :
état général :

Conclusions à l'usage des dirigeants :

L'enfant peut participer à un camp de vacances ACTIF en MONTAGNE (2800m) OUI - NON

L'enfant doit-il prendre certains médicaments durant son séjour ? OUI - NON

Si OUI, lesquels (*les médicaments doivent être indiqués pour être administrés par l'infirmière du camp*) :

Nom du médicament	Dosage	Fréquence d'administration

Autres observations éventuelles :
.....
.....

DATE

**CACHET ET SIGNATURE
DU MEDECIN**