

# 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**