

**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  
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 :** ..... **Sexe :** FILLE/GARCON

**Ecole :** ..... **Classe :** .....

**ADRESSE :** Rue .....

CP ..... Commune ..... 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 allergique à certaines matières ou
Est-il vite fatigué ?	Oui	Non	aliments ? Oui Non
Est-il incontinent ?	Oui	Non	Si oui, lesquels ?
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 ?	Oui	Non

.....  
.....

➤ 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 Médical

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 (12800m) 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 médecin