

Fiche médicale

NOM du jeune :

PRENOM du jeune :

Adresse du jeune :
.....

Date de naissance :

Numéro de téléphone et nom du parent ou du tuteur légal :
.....

Numéro de GSM et nom du parent ou du tuteur légal :
.....

Nom et coordonnées de la personne à joindre en cas d'urgence :
.....

Nom et coordonnées du médecin traitant :
.....

Pourriez-vous répondre aux quelques questions suivantes afin d'en savoir un peu plus au cas où il arriverait quelque chose à votre enfant, svp ?

- Quel est son **groupe sanguin** ?.....
- Est-il (elle) allergique à un **aliment** ? Oui- non
Si oui le(s)quel(s) ?.....
.....
- Y a-t-il des aliments qu'il (elle) ne peut pas manger ? Oui – non
Si oui le(s)quel(s) ?.....
.....

- Est-il (elle) allergique à un **médicament** ? Oui – non
Si oui, le(s)quel(s) ?.....
.....

- Prend-il (elle) des médicaments ? Oui – non
Si oui le(s)quel(s) ?.....
.....
Pour quelle(s) raison(s) ?.....
.....

- A-t-il (elle) tous ses vaccins ? Oui – non
Si non, le(s)quel(s) n'a-t-il (elle pas ?.....
.....

- Est-il (elle) en bonne condition physique (pratique du sport) ? Oui – non

- Sait-il (elle) nager ? Oui - non

- Est-il (elle) malade ? Oui – non
De quelle maladie souffre-t-il (elle) ?.....
.....

- Existe-t-il des activités qu'il (elle) ne peut pas faire ? Oui – non
Si oui la(les)quelle(s) ?.....
.....
Pour quelle(s) raison(s) ?.....
.....

- Existe-t-il des précautions particulières à prendre avec lui (elle) ? Oui – non
Si oui la(les)quelle(s) ?.....
.....

- A-t-il (elle) une (ou plusieurs) phobie(s) ?
Si oui la (les)quelle(s) ?.....