Emplacement pour une vignette
de mutuelle
Coller ici

Emplacement pour une vignette
de mutuelle
Coller ici

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

A faire compléter avec précision par les parents au début de chaque année scoute et avant le camp, par les parents ou par un médecin.

Identité de l'enfant

Nom : …….. Prénom : …… Né(e) le ……...

Adresse : Rue …… N° …… Bte ……..

Localité : …….. CP : …… Tél : …… / ……

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom – Adresse : ……..

…… Tél : ……. / ……

Nom – Adresse : ……..

…… Tél : ……. / ……

Médecin traitant

Nom – Adresse : ……..

…… Tél : ……. / ……

Informations médicales confidentielles

L'enfant est-il atteint de :

☐ Diabète ☐ Asthme ☐ Epilepsie ☐ Somnambulisme ☐ Affection cardiaque

☐ Affection cutanée ☐ Rhumatisme ☐ Handicap moteur ☐ Handicap mental ☐ Autres : ……

Fréquence et gravité : ……..

……..

Est-il sensible aux refroidissement ? Oui Non

Est-il vite fatigué ? Oui Non

Est-il incontinent ? Oui Non

A-t-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Peut-il participer aux activités sportives ? Oui Non

Peut-il participer aux baignades ? Oui Non

Sait-il nager ? Oui Non

Est-il allergique à des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ? ……

……

Est-il allergique à certaines matières ou aliments ?

Oui Non

Si oui, lesquels ? ……...

……..

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui Non

(date du dernier rappel) ……..

A-t-il reçu le sérum antitétanique ? Oui Non

(en quelle année ?) ……..…

Date du dernier test à la tuberculine et résultat : ……

Date …… Signature :

Soins à prodiguer et prescriptions pendant le camp

A présenter au médecin consulté lors du camp et à remettre aux parents à la fin du camp.

Médicaments à prendre durant le camp :

……..

……..

Visites du médecin – Dates

……..……

……..