

FICHE MÉDICALE

ACTIVITE : Regatta 2017

I. ENFANT :

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Nationalité :	
Année scolaire :	Ecole :
Caisse de maladie :	N° carte :
Sexe : Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/>	Date de naissance :

II. VACCINATIONS :

(Remplir à partir de la carte jaune de vaccination ou/et joindre si possible une photocopie de la carte jaune de vaccination)

Diphtérique / gegen Diphtherie	Date :
Antitétanique / gegen Tetanus	Date :
Antipolio / gegen Kinderlähmung	Date :
Méningite / gegen Hirnhautentzündung	Date :

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rougeole / Masern / Riedelen	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rubéole / Röteln / Riselen	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Coqueluche / Keuchhusten	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine / Scharlach	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Diphtérie / Diphtherie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons / Mumps	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Varicelle / Windpocken	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, lequel ?	

L'enfant est-il végétarien ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
L'enfant suit-il un régime alimentaire spécial ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

--

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom :	Prénom :
Adresse (pendant la période du séjour) :	
N° de Tél. privé :	Travail :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

VI. OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR :

Par le médecin

(indiquer Nom et Adresse)

Par le responsable du séjour

(indiquer Nom et Adresse)