Service National de la Jeunesse

Regatta.lu Sailing Schools

FICHE MÉDICALE

ACTIVITE : **REGATTA.LU 2020**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant.

I. ENFANT :

Nom :…….Prénom :……..

Adresse :……..

……..

Nationalité :……...……...

Année scolaire :…… Ecole ……..……..

Caisse de maladie :……..N° carte :……

Sexe : Garçon ☐ Fille ☐ 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 Diphterie 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 ☐ non ☐ Rubéole / Röteln / Riselen oui ☐ non ☐

Coqueluche / Keuchhusten oui ☐ non ☐ Scarlatine / Scharlach oui ☐ non ☐

Diphtérie / Diphterie oui ☐ non ☐ Oreillons / Mumps oui ☐ non☐

Varicelle / Windpocken / Waasserpouken oui ☐ non ☐

Indiquez d'éventuels difficultés de santé ou de comportement en précisant les dates: (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations, hyperactivité, allergies)

……

……

……

……

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ? oui ☐ non ☐

Si oui, lequel ?……

L'enfant est-il végétarien ? oui ☐ non ☐

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécial? oui ☐ non ☐

L'enfant mouille-t-il son lit ? non ☐ occasionnellement ☐ oui ☐

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? non ☐ oui ☐

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

……

……

……

……

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom :……Prénoms :……

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)