

## FICHE MÉDICALE

**ACTIVITE :** **REGATTA.LU 2024**

---

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 : .....

Ecole : .....

Caisse de maladie : .....N° carte CNS : .....

Sexe : Garçon  Fille  Autre  Date de naissance : / /

---

### II. VACCINATIONS :

(Remplir à partir de la carte jaune de vaccination et du certificat de vaccination COVID-19. Joindre si possible une **photocopie** de ces documents.)

Diphthérique (Diphtherie) Date : .....

Antitétanique (Tétanus) Date : .....

Antipolio (Kinderlähmung) Date : .....

Méningite (Hirnhautentzündung) Date : .....

COVID-19 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

Diphthérie / Diphtherie      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)