Service National de la Jeunesse

Regatta.lu Sailing Schools

FICHE MÉDICALE

ACTIVITE : **REGATTA.LU 2025**

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.

Diphtérique (Diphterie) Date : …….

Antitétanique (Tetanus) 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 ☐

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)