

FICHE MÉDICALE

ACTIVITE :

REGATTA.LU 2026

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/ou des certificats de vaccination. Joindre si possible une **photocopie** de ces documents.

Diphthérique (Diphtherie) Date :

Antitétanique (Tetanus) Date :

Antipolio (Kinderlähmung) Date :

Meningite (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 / 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)