



**Fiche Médicale**

*Veillez coller ici  
une vignette mutuelle.  
Merci.*

**Identification :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Localité : .....  
Téléphone fixe : ..... GSM .....  
Date et lieu de naissance .....  
Groupe sanguin : ..... Facteur rhésus .....

En cas d'absence des parents, prévenir :

Nom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....

**Médecin traitant :**

Nom : .....  
Téléphone : .....

**Est il/elle vacciné(e) contre le tétanos? oui / non (\*)**

De quand date le dernier rappel? .....

*Si le rappel date de plus de 10 ans, merci de faire le vaccin avant le camp.*

**Antécédents médicaux**

Maladies antérieures ou opérations subies : .....  
.....

(\*) Biffer les mentions inutiles

Est-il/elle atteint(e) de :

Diabète:	oui / non (*)
Affection cardiaque:	oui / non (*)
Epilepsie:	oui / non (*)
Affection cutanée:	oui / non (*)
Somnambulisme:	oui / non (*)
Rhumatisme:	oui / non (*)
Incontinence:	oui / non (*)
Asthme:	oui / non (*)
Autre(s):.....	oui / non (*)

### **Handicap**

Souffre-t-il/elle d'un handicap physique? oui / non (\*)

.....

### **Allergies**

Est-il/elle allergique aux médicaments? oui / non (\*). Lesquels ?

.....

Est-il/elle allergique à certains aliments ou certaines matières? oui / non (\*).

Lesquelles ? .....

### **Autre**

Peut-il/elle, sans fatigue excessive, participer à toutes les activités physiques et sportives ? oui / non (\*)

Votre fille est-elle réglée ? oui / non (\*)

### **Autres renseignements utiles :**

.....

.....

### **Médicaments à prendre**

Lesquels ? Quand ? Quantité ?

.....

.....