



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom : Classe :

Né(e) le

Adresse : rue n° bte

Code postal Localité

N° de téléphone de l'enfant /

Personne à contacter en cas d'urgence :

1. Nom : **Lien de parenté :**

Adresse

Tél. /

2. Nom : **Lien de parenté :**

Adresse

Tél. /

Médecin traitant :

Nom :

Adresse

Tél. /

INFORMATIONS MEDICALES

L'enfant est-il atteint de (cochez) :

- Diabète Asthme Allergie Somnambulisme Affection cardiaque
 Affection cutanée Epilepsie Handicap moteur Autre :

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales qu'a dû subir le participant ? (+ années respectives) ? (rougeole, appendicite...)

.....
.....

Le participant est-il en ordre de vaccination contre le tétanos + date du dernier rappel :

.....

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? Oui – Non

Si oui, lesquels ?

.....

Quelles en sont les conséquences ?

.....

A-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel ?

.....

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants :

.....

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui lesquels :

.....

En quelle quantité ?

.....

Quand ?

AUTORISATIONS

J'autorise les professeurs à donner les médicaments suivants à mon enfant en cas de problème de santé sur place :

	OUI		OUI
Paracétamol		Pommade chauffante	
Ibuprofène		Pommade anti-inflammatoire	
Buscopan ou générique		Arnica	
Immodium ou générique		Pommade contre les coups de soleil	
Anti-nausée-mal de voyage		Cétérizine ou générique	
Pastilles pour la gorge			

> Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par les professeurs.

> J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement.

> Je m'engage à rembourser l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés éventuellement pour mon compte par l'école.

Fait à, le

COLLEZ ICI UNE VIGNETTE DE MUTUELLE

Signature
(précédée de la mention « lu et approuvé ») :