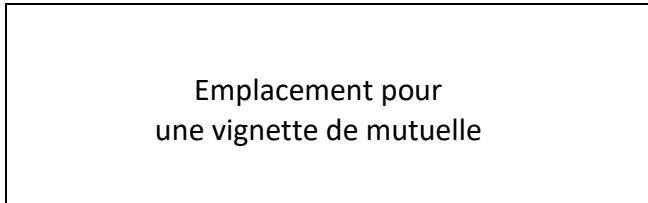


# – Classes de neige 2020 –

## Fiche médicale de l'élève

à compléter par le chef de famille (ou le représentant légal de l'enfant)



### Identité de l'enfant :

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Adresse : Rue ..... N° ..... Bte .....

Localité : ..... CP : ..... Nationalité : .....

### Personne à contacter en cas d'urgence :

Lien de parenté : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : Rue ..... N° ..... Bte .....

Localité : ..... CP : .....

Téléphone en journée : ..... Téléphone en soirée : .....

GSM : ..... ou .....

### Médecin traitant de l'enfant :

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

Téléphone : .....

### Données médicales :

(\*) Biffez les mentions inutiles

L'enfant doit-il prendre des médicaments pendant le séjour ? oui / non (\*)

Lesquels, pourquoi et à quelle fréquence ? .....

.....

.....

Maladies antérieures graves (lesquelles et quand ?) :

.....

A-t-il subi une intervention chirurgicale ? oui / non (\*) Laquelle ?

.....

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui / non (\*) Date du dernier rappel : .....

L'enfant est-il allergique ou sensible à certains médicaments ? oui / non (\*)

Lesquels ? .....

L'enfant a-t-il des difficultés de digestion ou des aversions particulières envers certains aliments ? oui / non (\*)

Lesquels ? .....

Suit-il un régime particulier ? .....

Est-il incontinent ? oui / non / souvent (\*)

Est-il vite fatigué ? oui / non (\*)

Est-il sensible au refroidissement ? oui / non (\*)

Souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de (cochez les cases) :

<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> insomnie	<input type="checkbox"/> maux de ventre	<input type="checkbox"/> hémophilie
<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> maladie contagieuse	<input type="checkbox"/> coups de soleil	<input type="checkbox"/> autres
<input type="checkbox"/> affection cardiaque	<input type="checkbox"/> sinusite	<input type="checkbox"/> constipation	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> bronchite	<input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> affection cutanée	<input type="checkbox"/> saignements de nez	<input type="checkbox"/> vomissements	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> somnambulisme	<input type="checkbox"/> maux de tête	<input type="checkbox"/> mal du voyage	<input type="checkbox"/> .....

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions à particulières à prendre :

.....  
.....  
.....

Y a-t-il des activités/sports qu'il ne peut pas pratiquer ? oui / non (\*)

Lesquels /pourquoi ?

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

Remarques à ce sujet : .....

Autres remarques sur la santé de l'enfant ? .....

.....  
.....  
.....

**NB : Veuillez joindre à la fiche médicale la carte eurocross ou tout autre document de votre mutuelle nécessaire pour un séjour en Italie.**

Les informations fournies dans cette « Fiche santé » sont exactes et complètes.

L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments, n'ayant pas été annotés dans ce document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le médecin responsable à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant qui s'avérerait nécessaire (opération, traitement, médical, ...)

**Date, nom, prénom et signature du parent/tuteur :**