



FICHE MEDICALE

COLLEZ LA VIGNETTE DE MUTUELLE ICI

NOM : _____ **PRENOM** _____

Date de Naissance : _____

Nom du chef de famille : _____

Adresse : _____

Tel : _____ GSM : _____

En cas d'urgence, prévenir: _____ au tel : _____

Santé - Information médicale

Nom du médecin de famille : _____ Tél : _____

- Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? oui / non
- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? oui / non

Si oui, quand et laquelle ? _____

- **Le participant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :**

	OUI	NON	Si oui : Quel est son traitement habituel/comment réagir ? Quelles précautions particulières à prendre ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Épilepsie			
Incontinence			
Asthme			
Saignements de nez			
Autres :			

- Est-il/elle allergique ?
 - A certains produits alimentaires ? oui / non
Si oui lesquels ? _____
 - A certains médicaments ? oui / non
Si oui lesquels ? _____
 - Au soleil ? oui / non
Si oui, quelle(s) précaution(s) prendre? _____
 - Autres ? _____

- A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? oui / non
date dernière injection : _____

- Souffre-t-il/elle d'un handicap? oui / non
lequel ? _____

- Sait-il/elle nager? TB – B – Moyen – Difficilement - Pas du tout

- Doit-il/elle prendre des médicaments pendant la journée? oui/non
Si oui, lesquels et à quel moment ? _____

- Autres renseignements utiles à transmettre aux responsables ?

LES INFORMATIONS FOURNIES CI-DESSUS SONT REPUTÉES EXACTES ET COMPLÈTES

Nom, prénom, date et signature