|  |
| --- |
| Collez la vignette de mutuelle ici |

FICHE MEDICALE

**NOM :** Cliquez ici pour entrer du texte. **PRENOM** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Date de Naissance :** Cliquez ici pour entrer une date.

Nom du chef de famille : Cliquez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ici pour entrer du texte.

Tel : Cliquez ici pour entrer du texte. GSM : Cliquez ici pour entrer du texte.

En cas d’urgence, prévenir: Cliquez ici pour entrer du texte. au tel : Cliquez ici pour entrer du texte.

## Santé - Information médicale

Nom du médecin de famille : Cliquez ici pour entrer du texte.Tél : Cliquez ici pour entrer du texte.

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

Si oui, quand et laquelle ? Cliquez ici pour entrer une date. Cliquez ici pour entrer du texte.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Si oui : Quel est son traitement habituel/comment réagir ? Quelles précautions particulières à prendre ? |
| Diabète |  | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Maladie cardiaque |  | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Épilepsie |  | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Incontinence |  | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Asthme |  | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Saignements de nez |  | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Autres : |  | Cliquez ici pour entrer du texte. |

* Est-il/elle allergique ?
  + A certains produits alimentaires ?   
    Si oui lesquels ? Cliquez ici pour entrer du texte.
  + A certains médicaments ?   
    Si oui lesquels ?Cliquez ici pour entrer du texte.
  + Au soleil ?   
    Si oui, quelle(s) précaution(s) prendre? Cliquez ici pour entrer du texte.
  + Autres ? Cliquez ici pour entrer du texte.
* A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ?    
  date dernière injection : Cliquez ici pour entrer une date.
* Souffre-t-il / elle d’un handicap?   
  lequel ?Cliquez ici pour entrer du texte.
* Sait-il / elle nager? Choisissez un élément.
* Doit-il / elle prendre des médicaments pendant la journée?   
  Si oui, lesquels et à quel moment ? Cliquez ici pour entrer du texte.
* Autres renseignements utiles à transmettre aux responsables ?

Cliquez ici pour entrer du texte.

LES INFORMATIONS FOURNIES CI-DESSUS SONT REPUTÉES EXACTES ET COMPLÈTES

Nom, prénom, date et signature