



Unité du Porc-épic

25e Région Bruxelles-IRIS

Unité affiliée à l'ASBL Scouts et Guides Pluralistes de Belgique

Av. du cimetière 25, 1083 Bruxelles

IBAN : BE12 3101 5849 8692 - BIC : BBRUBEBB



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

A COMPLETER LISIBLEMENT PAR LES PARENTS OU PAR UN MEDECIN

IMPORTANT : en cas d'intolérance ou d'allergie à un aliment ou lors d'un régime alimentaire particulier, merci de prévenir de Responsable de camp au plus tôt fin d'informer les intendants d'adapter leurs préparations.

Identité de l'enfant :

Prénom : Nom :

Date de naissance : / / à

Adresse : n°/boite :

Code postal : Commune :

Personne à contacter en cas d'urgence

Lien de parenté : Prénom : Nom :

Adresse : n° :boite :

Code postal : Commune :

Téléphone en journée : / Téléphone en soirée : /

GSM : /

Données médicales

Nom du médecin traitant :

Adresse : n° :boite :

Code postal : Commune :

Téléphone : /

Groupe sanguin de l'enfant : Poids/taille : /

- L'enfant est-il soignée par homéopathie ? OUI / NON
- L'enfant doit-il prendre des médicaments durant le camp/séjour ? OUI / NON
- Lesquels, pourquoi et à quelle fréquence ?
- Maladies ou interventions antérieures graves (lesquelles et quand) ?
- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI / NON
Date de la première injection : Date du dernier rappel :
- L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de (cochez les cases) :



Unité du Porc-épic

25e Région Bruxelles-IRIS

Unité affiliée à l'ASBL Scouts et Guides Pluralistes de Belgique

Av. du cimetière 25, 1083 Bruxelles

IBAN : BE12 3101 5849 8692 - BIC : BBRUBEBB



<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> insomnie	<input type="checkbox"/> maux de ventre	<input type="checkbox"/> incontinence
<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> maladie contagieuse	<input type="checkbox"/> coups de soleil	<input type="checkbox"/> fatigue
<input type="checkbox"/> affection cardiaque	<input type="checkbox"/> sinusite	<input type="checkbox"/> constipation	<input type="checkbox"/> refroidissements
<input type="checkbox"/> épilepsie	<input type="checkbox"/> bronchite	<input type="checkbox"/> diarrhée	<input type="checkbox"/> autres...
<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 particulières à prendre :

.....

.....

.....

- L'enfant est-il allergique ou sensible ? A certains médicaments ? OUI / NON ?
Lesquels ?
 - L'enfant a-t-il des difficultés de digestion ou des aversions particulières envers certains aliments ?
OUI / NON Lesquels ?
 - Faut-il le réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ? OUI / NON
 - A-t-il des habitudes particulières avant de se coucher / durant la nuit ?
Lesquelles ?.....
 - Y a-t-il des activités / sports qu'il ne peut pas pratiquer ? OUI / NON
Lesquels, pourquoi ?
 - Sait-il nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout
 - Votre fille est-elle réglée ? OUI / NON Remarques à ce sujet :
 - L'enfant est-t-il porteur d'un handicap particulier ? OUI / NON
Si oui, lequel ?
 - Date du dernier examen médical :
- De façon générale, autres remarques utiles concernant la participation de l'enfant au séjour :

.....

.....

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 Responsable du camp à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical, ...)

Date, Nom, Prénom et signature du parent/tuteur :