



FICHE MEDICALE
(A compléter scrupuleusement
par les parents ou le médecin)

Vignette mutuelle

Informations sur l'enfant :

Nom : Prénom :
Poids : Taille : Pointure de ville :
Nombre de semaines de ski pratiquées : semaines

En cas d'urgence :

Père (Nom et Prénom) : Tél :
Mère (Nom et Prénom) : Tél :
Autre personne à contacter : Tél :
Nom du médecin traitant : Tél :

Conditions de vie de l'enfant:

- L'enfant a Frère(s) et Sœur(s)
- L'enfant vit-il en famille ou en institution ? (barrer la mention inutile)
- L'enfant est-il dans l'enseignement normal ou spécial ? (barrer la mention inutile)
- Y a-t-il des sports que votre enfant ne peut pas pratiquer ? OUI – NON
Si oui, lesquels ?
- Sait-il rouler à vélo ? OUI – NON
- Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ? OUI – NON
Si oui, lequel ?
- Votre enfant sait-il nager ? OUI – NON
- Votre enfant de + de 16 ans est-il autorisé à fumer ? OUI – NON

Santé de l'enfant:

- Comment qualifieriez-vous l'état actuel de votre enfant ? Très bon – Bon - Moyen - Fragile (barrer la mention inutile)
 - Groupe sanguin :
 - Votre enfant est-il soigné par homéopathie ? OUI – NON
 - Votre enfant présente-t-il des allergies ? OUI – NON
Si oui, précisez l'agent responsable et les conditions à prendre :
 - Votre enfant a-t-il eu une ou plusieurs maladie(s) grave(s) ? OUI – NON
Si oui, quand et lesquelles :
 - Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? OUI – NON
Si oui, quand et pour quelle(s) raison(s) ?
 - Votre enfant souffre-t-il de maladie nerveuse ou troubles du comportement ? OUI – NON
Si oui, lesquels et quelle est l'attitude à adopter ?
-
.....

Vaccin	Date de la vaccination ou du dernier rappel
Polyomyélite	
Diphtérie – Tétanos - Coqueluche	
Haemophilus influenzae	
Rougeole – Rubéole - Oreillons	
Hépatite B	
Méningite de type C	
Tuberculose (BCG)	
Pneumocoque	
Autre à préciser :	

• **Votre enfant souffre-t-il d'une ou plusieurs des maladies suivantes ?**

Maladie	Oui	Non	Si oui, quel est son traitement habituel ? Quelles sont les précautions à prendre ?
Diabète			
Epilepsie			
Affection de la peau (à préciser)			
Somnanbulisme			
Insomnie			
Incontinence			
Maladie contagieuse (à préciser)			
Asthme			
Affection respiratoire chronique (à préciser)			
Saignement de nez			
Maux de tête fréquents			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Maux des transports			
Autres			

Si votre enfant doit recevoir un traitement durant le séjour, merci de transmettre par écrit, le nom du médicament, la fréquence et la posologie. Ce document est à remettre au responsable lors du départ.

Note importante pour les parents

Par leur signature ci-dessous, les parents :

1. Reconnassent avoir pris connaissance de ce que « Tous en vadrouille » a pris des dispositions pour assurer la couverture des risques « responsabilité civile » lui incombant.
2. Autorisent, en cas d'urgence et dans l'éventualité où ils ne pourraient pas être contactés dans les délais requis, le chirurgien de l'établissement dans lequel l'enfant a été admis, à pratiquer sous narcose l'opération qu'il jugerait INDISPENSABLE (par exemple appendicite aiguë).
3. Si la présente fiche n'est pas complètement remplie, ou si la signature des parents manque, la direction du centre est autorisée à prendre les mesures d'urgence qui s'imposent pour la sauvegarde de la santé de l'enfant.
4. J'atteste que mon fils/fille ne présente pas une maladie importante ou un handicap nécessitant un traitement particulier.

Veillez joindre quelques vignettes pharmaceutiques.

Nom du/des signataire(s) et lien de parenté :

Date et signature(s) :