Emplacement pour une vignette
de mutuelle
Coller ici

Emplacement pour une vignette
de mutuelle
Coller ici

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

A faire compléter avec précision par les parents au début de chaque année scoute et avant le camp, par les parents ou par un médecin.

Identité de l'enfant

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

Adresse : Rue …… N° …… Bte ……..

Localité : …….. CP : …… Tél : …… / ……

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom – Adresse : ……..

…… Tél : ……. / ……

Nom – Adresse : ……..

…… Tél : ……. / ……

Médecin traitant
Nom – Adresse : ……..

…… Tél : ……. / ……

Informations médicales confidentielles
L'enfant est-il atteint de :
❑ Diabète ❑ Asthme ❑ Epilepsie ❑ Somnambulisme ❑ Affection cardiaque
❑ Affection cutanée ❑ Rhumatisme ❑ Handicap moteur ❑ Handicap mental ❑ Autres : ……

Fréquence et gravité : ……..

……..

Est-il sensible aux refroidissement ?	Oui	Non	Est-il allergique à certaines matières ou aliments ?	Oui	Non
Est-il vite fatigué ?	Oui	Non			
Est-il incontinent ?	Oui	Non	Si oui, lesquels ? ……...		
A-t-il un régime alimentaire particulier ?	Oui	Non			
Peut-il participer aux activités sportives ?	Oui	Non	……..		
Peut-il participer aux baignades ?	Oui	Non	A-t-il été vacciné contre le tétanos ?	Oui	Non
Sait-il nager ?	Oui	Non			
Est-il allergique à des médicaments ?	Oui	Non	(date du dernier rappel) ……..		
Si oui, lesquels ? ……			A-t-il reçu le sérum antitétanique ?	Oui	Non
……			(en quelle année ?) ……..…		

Date du dernier test à la tuberculine et résultat : ……

Date …… Signature :

Soins à prodiguer et prescriptions pendant le camp
A présenter au médecin consulté lors du camp et à remettre aux parents à la fin du camp.
Médicaments à prendre durant le camp :

……..

……..

Visites du médecin – Dates

……..……

……..

Les Scouts - Fédération Catholique des Scouts Baden-Powell de Belgique - asbl
Rue de Dublin 21 - B-1050 Bruxelles - Tél : +32(0)2/508.12.00 - Fax : +32(0)2/508.12.01 - lesscouts@lesscouts.be - www.lesscouts.be