

Ecole Fondamentale Communale

rue du Village, 2
7850 Enghien

Tel : 02.395.39.08

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX **page 1**

Toutes ces données sont confidentielles et seront remises au responsable du groupe qui les transmettra personnellement, le cas échéant, au médecin ou à l'infirmière qui soignera l'enfant.

concerne	né(e) le
Adresse	

Merci de compléter soigneusement et d'entourer ce qui convient.

Groupe sanguin:	Rhésus :	Hémophilie : Oui - Non
-----------------	----------	------------------------

Vaccin antitétanique : Oui - Non	Sérum antitétanique : Oui - Non	Si Oui, date :
----------------------------------	---------------------------------	----------------

Réactions allergiques : Oui - Non	Si Oui, à quoi ?
-----------------------------------	------------------

L'enfant est -il sujet à une ou plusieurs affection(s) suivante(s) :

- syncopes :	Oui - Non	- crises nerveuses :	Oui - Non
- crises d'asthme :	Oui - Non	- diabète :	Oui - Non
- crises d'épilepsie :	Oui - Non	- mal de voyage :	Oui - Non
- crises de somnambulisme :	Oui - Non	- incontinence :	Oui - Non

L'enfant a-t-il déjà eu :

- une commotion cérébrale :	Oui - Non	- une fracture du crâne :	Oui - Non
Si Oui, date :		Si Oui, date :	

Une récente visite médicale a-t-elle révélé :

- des variations de tension:	Oui - Non	- des difficultés cardiaques :	Oui - Non
------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

L'enfant a-t-il eu :

- une entorse récente :	Oui - Non	- une fracture :	Oui - Non
Si Oui, où ?		Si Oui, où ?	
date :		date :	

L'enfant souffre-t-il d'une autre maladie ?	Oui - Non
Si Oui, précisez :	

Médecin traitant :
Téléphone :

Ecole Fondamentale Communale

rue du Village, 2

7850 Enghien

Tel : 02.395.39.08

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX **page 2**

Toutes ces données sont confidentielles et seront remises au responsable du groupe qui les transmettra personnellement, le cas échéant, au médecin ou à l'infirmière qui soignera l'enfant.

concerne.....

L'enfant est allergique :

aux médicaments suivants	aux aliments suivants
néant (merci de cocher le cas échéant)	néant (merci de cocher le cas échéant)

Le signataire de cette fiche (pages 1 et 2) certifie que l'enfant
est apte physiquement à la pratique du sport.

En outre, le signataire de cette fiche :

- certifie l'exactitude des renseignements donnés;
- autorise l'équipe d'encadrement à prendre, après avis d'un médecin, toutes mesures d'ordre médical ou chirurgical que nécessiterait l'état de santé de l'enfant, après consultation des parents, dans la mesure des possibilités laissées par l'urgence.

Date, nom et signature du responsable légal de l'enfant