**Pour tous les nouveaux membres**N’oubliez pas d’insérer une vignette de la mutuelle, s.v.p.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fiche Médicale** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Ce questionnaire doit être vérifié ou complété par vous-mêmes ou par**  |
| **un médecin. Il est nécessaire de nous donner des renseignements clairs**  |
| **et exacts. C'est un document confidentiel.** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **1. IDENTITE**  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nom de votre fille  |  |  |  |
| Adresse |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Date de naissance  |  |  |  |
| Groupe sanguin |  | Rhésus |  pos /neg |
| N°de mutuelle |  |  |  |
| **+ ajoutez à cette feuille 2 vignettes de mutuelle** |  |  |  |
| Ev.n° Europe assistance |  |  |  |
| Est-elle atteinte d’une maladie chronique ?  | oui / non  |  |  |
| Doit-elle prendre régulièrement des médicaments ?  | oui / non |  |  |
| Si oui, le(s)quel(s) + dose |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **2. Où POUVONS-NOUS VOUS JOINDRE PENDANT LE CAMP?**  |  |
|  |  |  |  |
| Nom |  |  |  |
| Tel |  |  |  |
| Adresse mail |  |  |  |
| n° de GSM |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nom |  |  |  |
| Tel |  |  |  |
| Adresse mail |  |  |  |
| n° de GSM |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **3. INFORMATIONS MEDICALES CONFIDENTIELLES** |  |  |
|  |  |  |  |
| **Médecin** |  |  |  |
| Nom du médecin traitant |  |  |  |
| Adresse |  |  |  |
| Tel |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Maladies antérieures et opérations** |  |  |  |
| Est-elle atteinte de : |  |  |  |
| 0 Diabète | 0 Affection cardiaque |  |
| 0 Asthme | 0 Affection cutanée |  |
| 0 Epilepsie  | 0 Eczéma |  |  |
| 0 Somnambulisme | 0 Handicap moteur |  |
| Autres : |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Quels médicaments doit-elle prendre pour cela + combien de fois par jour? |
| Que faut-il faire en cas de crise ? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Fracture(s) : |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Opération(s) subie(s) : |  |  |  |
| Date : |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Précautions/ médicaments à prendre + quand et combien |  |  |
|  |  |  |  |
| A-t-elle déjà été opérée de l’appendicite ? | oui / non |  |  |
| A-t-elle déjà eu une crise d’appendicite ? | oui / non |  |  |
|  |  |  |  |
| **Allergies** |  |  |  |
| Aux médicaments : |  |  |  |
| Aux aliments et/ou matières : |  |  |  |
| Quelles mesures doit-on prendre pour cela ?  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Vaccins** |  |  |  |
| Date du dernier rappel vaccin tetanos | // |  |  |
| ***Si celui-ci a plus de dix ans, il devrait être renouvelé.*** |  |  |
|  |  |  |  |
| **Puberté** |  |  |  |
| Votre fille est-elle réglée ? | oui / non |  |  |
| Y a-t-il des observations à ce sujet ? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Divers** |  |  |  |
| Est-elle sensible aux refroidissements ? | oui / non |  |  |
| Est-elle vite fatiguée ? | oui / non |  |  |
| Est-elle incontinente ? | oui / non |  |  |
| Peut-elle participer sans inconvénients aux baignades ? | oui / non |  |  |
| Porte-t-elle des verres de contacts/lunettes ? | oui / non |  |  |
| Suit-elle un régime spécial ? | oui / non |  |  |
| Supporte-t-elle la chaleur/soleil ? | oui / non |  |  |
|  |  |  |  |
| Remarques à ces sujets ou autres renseignements utiles :  |  |  |
| **Date: ……/……/……** | **Signature :**  |  |  |