



# Fiche médicale

Cette fiche médicale doit fournir aux organisateurs toute information utile au séjour du participant. Nous vous remercions de nous envoyer cette fiche au minimum deux semaines avant le début de l'activité.

## A. Le participant

Nom : ..... Prénom: ..... Date de naissance: .....

Adresse : .....  
.....

Groupe sanguin : ..... Poids : ..... Taille : ..... Pointure : .....

Langue maternelle? .....

Nom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Veillez coller deux vignettes de mutuelle.

--	--

~~Merci de joindre à ce document une photocopie de la carte européenne d'assurance maladie.~~

## B. Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

3ème personne à contacter si les deux premières sont injoignables :

Nom : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

## C. Repas

A-t-il/elle un régime alimentaire à suivre (allergies, intolérances, régime végétarien, régime sans porc, ...) ?

Oui  Non

Si oui, merci de nous donner le(s) détail(s) nécessaire(s).

.....  
.....  
.....

---

## D. Loisirs

1) Quels sont les hobbies/loisirs habituels du participant ?

.....

2) Sait-il/elle lire et écrire ?

Très bien                       Bien                       Difficilement                       Pas du tout

3) Sait-il/elle nager ?

Très bien                       Bien                       Pas du tout

4) A-t-il/elle un/des brevet(s) de natation ?                       Oui                       Non

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

5) Sait-il/elle rouler à vélo?

Très bien                       Bien                       Pas du tout

6) Y a-t-il des activités auxquelles le participant ne peut pas participer ? Merci de préciser la/les raison(s)

.....  
.....  
.....

---

## E. Santé et informations médicales

1) A-t-il/elle subi(e) une maladie ou une intervention grave ?  Oui     Non

Si oui, indiquez laquelle ainsi que l'année.

.....  
.....

2) A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ?  Oui     Non

Date de la 1<sup>ère</sup> vaccination : .....

Date du dernier rappel: .....

3) Est-il/elle allergique

- à certains médicaments ?     Oui     Non

Si oui, lesquels ? .....

- au soleil ?                       Oui     Non

Si oui, quelles précautions doivent être prises ? .....

.....

- à d'autres choses ?                       Oui     Non

Si oui, à quoi ? .....

4) Devra-t-il/elle prendre des médicaments au cours de l'activité ?  Oui     Non

Si oui, lesquels ? .....

- 5) Est-il/elle autonome dans sa prise de médicaments ?  Oui  Non
- 6) Prothèses éventuelles
- lunettes (dioptrie : .....)
- Appareil auditif  Dentier
- lentilles (dioptrie : .....)
- Pace maker  Autre : .....
- 7) Est-il/elle porteur d'un handicap ?  Oui  Non
- déficience mentale  déficience physique
- déficience visuelle  membres supérieurs
- déficience auditive  membres inférieurs
- 8) Le/la participant(e) souffre-t-il/elle (de manière permanente ou régulière) de :

	Oui	Non	Si OUI, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Incontinence (jour et/ou nuit)			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Migraines			
Autre(s)			

**Je, soussigné(e), certifie l'exactitude des informations reprises dans cette fiche et autorise les personnes en charge de l'encadrement de l'activité, à faire prendre, par un personnel médical qualifié, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, opération chirurgicale, ...) rendue nécessaire par l'état du participant.**

Nom du signataire et fonction (parent/tuteur/participant majeur) .....

Date : .....

Signature