

Fiche médicale

Merci de compléter ce questionnaire pour la participation
de votre enfant aux classes de découverte

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Tél :

Données médicales :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Maladies antérieures de l'enfant ou opérations subies :

Est-il atteint de somnambulisme ? oui-non

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui-non

En quelle année ? Rappel ?

L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible :

- à des médicaments ? oui-non . Si oui, lesquels ?

- à certaines matières ou aliments ? oui – non . Si oui lesquels ?

Lors des repas : il mange ce qu'il veut – il doit manger de tout

Souffre-t-il d'incontinence ? oui- non – souvent ?

Porte-t-il un linge la nuit ? oui – non

Est-il vite fatigué ? oui-non

Peut-il participer sans inconvénients à des activités sportives ? oui-non

L'enfant doit-il prendre des médicaments en cours de séjour ? oui-non

Si oui, lesquels, à quelle dose et à quelle fréquence

Y a-t-il des remarques supplémentaires concernant la participation à des classes de découverte?

Autres renseignements utiles :

Signature :