

# FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :...../...../.....

Gsm Papa : ..... Gsm Maman : .....

Téléphone : domicile :..... Travail .....

Groupe sanguin : .....

Nom, adresse et téléphone du médecin de famille :

.....

Sujet à (répondez par NON ou OUI, et précisions si nécessaire)

- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| - évanouissements :         | - épilepsie :              |
| - asthme :                  | - somnambulisme :          |
| - saignements (de nez...) : | - autre :                  |
| - allergies à :             | - vaccin tétanos : oui-non |
| - diabète :                 | (si oui, date.....)        |
| - affection cardiaque :     |                            |

Maladie en cours nécessitant un traitement :

.....

En cas d'urgence, j'autorise mon enfant à se faire hospitaliser : OUI - NON

Je donne, par la présente, autorisation de faire utiliser une ambulance et donne mon accord pour l'admission dans un hôpital, pour tout traitement recommandé par le personnel médical, y compris une intervention chirurgicale si c'est une nécessité dans l'intérêt de l'enfant.

*Date et Signature des Parents ou Tuteurs*

L'autorisation ci-dessus ne sera utilisée qu'en cas d'urgence. S'il survient un accident sans urgence, tout effort sera fait par l'encadrement pour contacter les parents en priorité.

Si d'autres informations vous semblent nécessaires pour la surveillance de votre enfant, veuillez les inscrire ci-dessous :