



FICHE MEDICALE

STONYHURST	du 07 au 14 avril 2018
------------	------------------------

ENFANT

NOM		G	F	
Prénom		Date de naissance		
Lieu de naissance :		Département :		

PARENTS

NOM		Prénom		Tél dom	
Adresse		Ville		Code postal	
Tél père		Tél mère		Portable	

Allergie médicamenteuse : si oui : indiquer le nom du médicament :

Régime alimentaire : pour des raisons religieuses ou médicales - préciser :

VACCINATIONS : indiquer la date ou le dernier rappel

Diphtérie		Tétanos		Coqueluche		Typhoïde	
Poliomyélite		BCG		Sérum antitétanique		Hépatite B	
Autres							

ANTECEDENTS MEDICAUX de votre enfant

(rayer les réponses inutiles)

Varicelle	oui	non	Rubéole	oui	non	Coqueluche	oui	non
Rougeole	oui	non	Oreillons	oui	non	Scarlatine	oui	non
Angines	oui	non	Otitites	oui	non	Asthme	oui	non
Rhumatismes	oui	non	Allergies	oui	non	Autres		

Autres difficultés de santé (à préciser) :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Suit-il un traitement	oui	non	Si oui lequel ? (fournir l'ordonnance)
Précautions spéciales			

Tempérament	colérique	bilieux	nerveux	sanguin	émotif
	agressif	lymphatique	dynamique	sociable	coopératif
	autre				

Autres renseignements	somnambule		saigne du nez		fatigable	
	pieds plats		problèmes de dos		besoin d'affection	
	mouille son lit		parle la nuit		filie pubère :	
	autres					

Je soussigné(e): _____ père, mère, responsable légal

- déclare l'enfant : _____ apte à la pratique sportive

- autorise le directeur et le médecin consultés à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute décision d'intervention chirurgicale urgente, y compris l'anesthésie générale.

A, _____ le, _____ Signature :

CLASS OPEN : 6 rue du Dr Ténine - Résidence Le Village B3 - 91320 - WISSOUS
 Téléphone : 01.60.11.64.38 Email : classopen@wanadoo.fr site : classopen.org
 Association Loi 1901 n° 0913011084 - SIRET : 429 868 615 00015 - Code APE : 9499Z