Ecoles communales fondamentales

Ecole 1 : Dir. Véronique Cornacchionne
Rue des Ecoles, 49 - 7540 Kain
Tél : 069/22.51.27- 069/54.57.58

Ecole 2 : Dir. Patrice Verleye
Rue Raoul Van Spitael, 37- 7540 Kain
Tél : 069/22.66.69 - 069/35.40.36

CLASSES DE PATRIMOINE TOURNAISIEN
FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

Chers parents, ce questionnaire doit être complété avec précision par vous-même ou par un médecin. Veuillez y joindre 2 vignettes de mutuelle.

Identité de l'enfant :

Nom : ……..…… Prénom : ……..

Né(e) le : …….

Adresse complète et numéro de téléphone : …….

……...……

Taille : ……. Poids : ……

Nom du médecin traitant : ……

Adresse et numéro de téléphone : ……

……..

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : ……. Prénom : ……

Adresse : ……..

Tél. : ……...

Renseignements médicaux :

Groupe sanguin de l'enfant : ……

A-t-il reçu un sérum antitétanique ? oui / non

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

Est-il allergique ou particulièrement sensible :

- A certains médicaments ? oui / non lesquels : …….
- A certains aliments ? oui / non lesquels : …….

A-t-il présenté des convulsions dans son jeune âge ? oui / non

Est-il sujet à des crises nerveuses ? oui / non
à des syncopes ? oui / non

A-t-il eu une commotion cérébrale ? oui / non
une fracture du crâne ? oui / non
une autre fracture récente ? oui / non
une entorse récente ? oui / non

Est-il incontinent ? oui / non

Est-il vite fatigué ? oui / non

Est-il sensible aux refroidissements ? oui / non

Doit-il prendre des médicaments en cours de séjour ? oui / non Si oui lesquels ?
……..

Est-il atteint d'asthme – affection cardiaque-rhumatisme-affection cutanée-somnambulisme ?
……..

Maladies antérieures de l'enfant ou opérations subies : ……..

Indépendamment de toute maladie, est-il sujet à des poussées de température ? oui / non

Régimes alimentaires spécifiques : ……..

Le signataire de cette fiche certifie l'exactitude des renseignements précités et autorise les responsables du séjour à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident ou de maladie.

Date : …/…/… Signature :