



# **SPORT4YOU ASBL**

RUE DE NEERPEDE 299 • 1070 - ANDERLECHT

TEL.: +32 488/32.35.06/MAIL: sport4you.asbl@gmail.com

## **FICHE MEDICALE**

STAGE du...../.....20.. au  
...../...../20..

(à apporter et donner le premier jour de stage sur place + joindre copie de la carte d'identité)

Nom et Prénom du participant : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Gsm : .....

Où l'enfant vit-il habituellement ? famille / institution / grands-parents

### **Personne à contacter en cas d'urgence pendant le stage :**

Nom : .....

Tél. : .....

Lien de parenté : .....

Nom : .....

Tél. : .....

Lien de parenté : .....

### **Loisirs :**

- Y a-t-il des activités/sports qu'il/ elle ne peut pratiquer ? .....
- Peut-il/elle pratiquer la natation? .....
- Sait-il/elle nager? .....

### **Santé:**

- Nom du médecin traitant : .....
- Adresse : .....
- Tél. : .....
- Etat de santé actuel du participant : .....
- Est-il/elle soignée par homéopathie ? oui/non
- GROUPE SANGUIN : .....

**Informations médicales:**

- ° A-t-il/elle subi une maladie ou une intervention grave? oui/non Si oui, quand et laquelle?  
.....
- ° Est-il allergique? Produits alimentaires? oui/non Si oui, lesquels?  
.....
- ° Médicaments ?oui/non Si oui, lesquels? .....
- ° Autres choses? oui/non Si oui, à quoi? .....
- ° Votre fille est-elle réglée? oui/non
- ° Doit il prendre des médicaments durant le stage? oui/non
- ° Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi? .....
- ° Porte-t-il des lunettes? oui/non
- ° Porte-t-il un appareil auditif? oui/non
- ° Souffre-t-il/elle d'un handicap? oui/non - Si oui lequel?.....

**Autres informations médicales :**

cardiaque, Epilepsie, Affection de la peau, Somnambulisme, Insomnie, Maladie contagieuse, Incontinence, Asthme, Sinusite, Bronchite, Saignements de nez, Maux de tête, Coups de soleil, Maux de ventre, Constipation, Diarrhée, Vomissements, Autres?:

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

**Date:**

**Nom du signataire et fonction (parent, tuteur, ...) :**