



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, ...) :