



Fiche médicale individuelle / VOYAGE / STAGE

À compléter avec précision

Document à remettre **au plus tard une semaine avant le début de l'activité.**

Identité de la personne participante

Nom : Prénom : Né(e) le.....

Adresse : Rue..... N° : Bte :

Localité : CP : Tel :/

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom: Tel / Gsm :

Médecin traitant

Nom: Tel / Gsm :

Information médicales confidentielles

Etes-vous atteint de :

Diabète Asthme Epilepsie Affection cardiaque Affection cutanée

Rhumatisme Handicap moteur Handicap mental Autres :

Fréquence et gravité.....

Etes-vous allergique à certains produits ?..... :

Pouvez-vous participer aux activités sportives? oui non

Etes-vous vacciné contre le tétanos? oui non date du dernier rappel :

Etes vous allergique à des médicaments, si oui lesquels? oui – non :

Y a-t-il des soins à prodiguer durant le bivouac? oui non

Si oui est-il autonome pour se prodiguer les soins lui-même? oui non

Savez-vous nager ? oui non

Etes-vous en possession d'un assurance familiale et/ou hospitalisation ? oui non les deux

Autre information que vous jugez importante à nous communiquer :

.....

Fait à

Le

Signature et mention lu et approuvé

Les informations contenues dans la fiche médicale sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la loi du 8/12/92 relative à la protection de la vie privée. Les informations divulguées ici ne peuvent donc être divulguées si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté.