

# Fiche Médicale Individuelle

## Baden Powell Belgian Lonescouts

### IDENTITE DE L'ENFANT

Nom:  
Prénom:  
Date de naissance :

### Adresse

Rue :  
Localité :  
Téléphone:

### INFORMATIONS MEDICALES CONFIDENTIELLES

Nom du médecin traitant : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
.....  
Téléphone : .....

Examen médical scolaire  
Date du dernier examen:../.../...

Y avait-il des remarques  
concernant la participation à des  
centres de vacances?  
.....  
.....  
.....

L'enfant est-il atteint de     diabète             affection cardiaque  
    asthme             affection cutanée  
    épilepsie         somnambulisme  
    rhumatisme      handicap moteur

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

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

	OUI	NON	ANNEE	Date du dernier rappel
Sérum antitétanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	...../...../.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	...../...../.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	...../...../.....
Vaccin tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	...../...../.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	...../...../.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	...../...../.....

OUI    NON

Est-il sensible aux  
refroidissements ?       

Est-il vite fatigué ?       

Est-il incontinent ?       

Peut-il participer sans  
inconvénients aux  
activités sportives et  
jeux de son âge ?       

Est-il allergique à des  
médicaments?       

Lesquels ?  
.....  
.....

Est-il allergique à  
certaines matières ou  
aliments ?       

Lesquels ?  
.....  
.....  
.....

Autres renseignements utiles :  
.....  
.....  
.....  
N° de Carte SIS : .....

**PARENTS !!!!** Ce questionnaire doit être complété avec précision par vous-même ou par un médecin. Il est nécessaire de nous donner ces renseignements, si vous voulez que votre enfant retire le maximum de profit de son séjour de vacances. Ils nous permettront d'organiser son régime de vie en fonction de ses besoins et de ses possibilités.

Date :    .... / .... / 20...

Emplacement pour une vignette délivrée  
par la mutuelle et dûment complétée.

Ne collez la vignette que sur la bordure foncée

Emplacement pour une vignette délivrée  
par la mutuelle et dûment complétée.

Ne collez la vignette que sur la bordure foncée

## IMPORTANT : OU JOINDRE LES PARENTS PENDANT LE CAMP ?

Période(s) du .../.../... au .../.../...  
Et du .../.../... au .../.../...

Adresse: M.....  
Rue:.....  
Localité:.....  
GSM :.....  
Tél. :.....  
Remarque : .....  
.....  
.....

Période(s) du .../.../... au .../.../...  
Et du .../.../... au .../.../...

Adresse: M.....  
Rue:.....  
Localité:.....  
GSM :.....  
Tél. :.....  
Remarque : .....  
.....  
.....

## ASSURANCE RAPATRIEMENT (Type Europ-Assistance)

Compagnie d'Assurance : .....  
.....  
Adresse: .....  
Localité: .....  
Tél.: .....

Nom de l'affilié : .....  
.....  
N° d'affilié : .....  
Remarques : .....  
.....

## AUTRES OBSERVATIONS

Médicaments à prendre (lesquels, quand, quantités. ...), régime alimentaires, précautions à prendre, ...

## PRESCRIPTIONS ET SOINS PRODIGUES LORS DU CAMP

Il est utile de présenter au médecin que l'on consulte lors du camp la présente fiche individuelle il pourra prendre ainsi connaissance de certains antécédents et éventuellement contacter soit les parents, soit le médecin traitant de l'enfant. Il pourra aussi indiquer son avis et les prescriptions à suivre. Dans ce cas, cette fiche sera renvoyée au parents à la fin du camp pour leur permettre de prendre les dispositions adéquates.

## ATTENTION

Nous vous demandons de veiller à ce que votre enfant ait toujours sa **carte d'identité** ainsi que sa **carte SIS** lors de toutes les activités scouts.