

Emplacement pour une vignette  
de mutuelle  
Coller ici

Emplacement pour une vignette  
de mutuelle  
Coller ici

# FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

A faire compléter avec précision par les parents au début de chaque année scoutée  
et avant le camp, par les parents ou par un médecin.

## Identité de l'enfant

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le .....

Adresse : Rue ..... N° ..... Bte .....

Localité : ..... CP : ..... Tél : ..... / .....

## Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom – Adresse : .....

..... Tél : ..... / .....

Nom – Adresse : .....

..... Tél : ..... / .....

## Médecin traitant

Nom – Adresse : .....

..... Tél : ..... / .....

## Informations médicales confidentielles

L'enfant est-il atteint de :

- Diabète     Asthme     Epilepsie     Somnambulisme     Affection cardiaque  
 Affection cutanée     Rhumatisme     Handicap moteur     Handicap mental     Autres : .....

Fréquence et gravité : .....

.....

Est-il sensible aux refroidissement ?	Oui	Non	Est-il allergique à certaines		
Est-il vite fatigué ?	Oui	Non	matières ou aliments ?	Oui	Non
Est-il incontinant ?	Oui	Non	Si oui, lesquels ? .....		
A-t-il un régime alimentaire particulier ?	Oui	Non	.....		
Peut-il participer aux activités sportives ?	Oui	Non	A-t-il été vacciné contre le tétanos ?	Oui	Non
Peut-il participer aux baignades ?	Oui	Non	(date du dernier rappel) .....		
Sait-il nager ?	Oui	Non			
Est-il allergique à des médicaments ?	Oui	Non	A-t-il reçu le sérum antitétanique ?	Oui	Non

Si oui, lesquels ? .....

..... (en quelle année ?) .....

Date du dernier test à la tuberculine et résultat : .....

Date ..... Signature :

## Soins à prodiguer et prescriptions pendant le camp

A présenter au médecin consulté lors du camp et à remettre aux parents à la fin du camp.

### Médicaments à prendre durant le camp :

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

## Visites du médecin – Dates

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