

# 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.

Emplacement pour une vignette  
de mutuelle  
Coller ici

Emplacement pour une vignette  
de mutuelle  
Coller ici

## 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	A-t-il reçu le sérum antitétanique ?	Oui	Non
Est-il allergique à des médicaments ?	Oui	Non	(en quelle année ?)	.....	

Si oui, lesquels ? .....

.....

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

.....

.....

