

# Fiche médicale

A renvoyer par poste ou par mail : sr Anne, rue Peter Benoît, 23 – 1040 Bruxelles  
campveloass@gmail.com

**AVANT le 20 juin**

Collez ici partiellement deux vignettes de Mutuelle

de votre enfant

**INDISPENSABLE**

Nom du participant au camp.....: Prénom .....

Date de naissance : .....

## Personne à contacter d'urgence:

Nom : .....Prénoms : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone privé : ..... Téléphone au travail : .....

GSM : .....

## Données médicales :

**Nom du médecin traitant** : .....

Tél : .....

**Groupe sanguin** de l'enfant : .....

Est-il/elle soignée par homéopathie ? : Oui/Non .....

Quel est son état de santé actuel ? : Très bon – Bon – Moyen .....

A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? Oui/Non

Si oui, quand et laquelle ?

.....

Est-il/elle **allergique** ou **sensible** :

à certains produits alimentaires ? Oui/Non Si oui, lesquels ? .....

.....

à certains médicaments ? Oui/Non Si oui, lesquels ? (**nom précis** !) .....

.....

au soleil ? Oui/Non Si oui, quelles précautions prendre ? .....

.....

à d'autres choses ? Oui/Non A quoi ? .....

.....

Faut-il le/la réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ? Oui/Non .....

Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? Oui/Non

Si oui, lesquels, quand et pourquoi ? .....

.....

.....

.....

Est-il/elle **vacciné** contre le tétanos ? Oui/Non

Date du dernier rappel : .....

Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation au camp ? .....

.....

Souffre-t-il/elle régulièrement ou de manière permanente de :

<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/> Insomnie
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Somnambulisme	<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Maladie contagieuse	<input type="checkbox"/> Saignement de nez
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Maux de ventre	<input type="checkbox"/> Vomissement
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Hyperkinétisme

Pour les affections retenues, merci d'indiquer comment réagir, quel est le traitement habituel et quelles sont les précautions particulières à prendre :

.....

.....

.....

#### Autorisation médicale

En cas d'urgence médicale, les parents de ..... autorisent sr Anne Thielen, à prendre les décisions nécessaires au bien de leur enfant, toujours en lien avec les parents.

Signature des Parents

#### Autorisation photos

J'autorise les sœurs de l'Assomption à utiliser les photos du camp vélo pour des publications sur internet et sur des tracts publicitaires concernant les activités pastorales.

J'autorise les participants du camp à échanger par internet (Facebook, ou autres sites) les photos prises durant le camp.

Signature des Parents