



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

(10-05-2014)

A compléter avec précision par les parents au début de chaque année scoute et avant le camp et à renvoyer à la troupe

(dion.troupe3@gmail.com).



Identité de la scoute

Nom :

Prénom :

Né(e) le / /

Adresse : N° : Bte:

Localité : CP :

Tél : /

Personnes à contacter en cas d'urgence

- Nom : Prénom :
Lien avec l'enfant :
Tél : /
GSM : /
Adresse : N° : Bte:
Localité : CP :
- Nom : Prénom :
Lien avec l'enfant :
Tél : /
GSM : /
Adresse : N° : Bte:
Localité : CP :
- Nom : Prénom :
Lien avec l'enfant :
Tél : /
GSM : /
Adresse : N° : Bte:
Localité : CP :

Médecin traitant

Nom :

Tél : /

Adresse : N° :

Localité : CP :

Informations médicales confidentielles

La scoute est-elle atteinte de :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Affection cutanée |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Handicap moteur |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> Handicap mental |
| <input type="checkbox"/> Affection cardiaque | <input type="checkbox"/> Autres : |

Fréquence et gravité :

- | | |
|--|---|
| Est-elle sensible aux refroidissements ? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non |
| Est-elle vite fatiguée ? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non |
| Est-elle incontinente ? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non |

- | | |
|--|---|
| Peut-elle participer aux activités sportives ? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non |
| Si non, lesquels ? | |
| Peut-elle participer aux baignades ? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non |
| Sait-il nager ? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non |

- | | |
|--|---|
| A-t-elle un régime alimentaire particulier ? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, lesquels ? | |
| Est-elle allergique à certaines matières ou aliments ? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, lesquels ? | |
| Est-elle allergique à des médicaments ? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, lesquels ? | |

- | | |
|--|---|
| A-t-elle été vaccinée contre le tétanos ? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, quelle est la date du dernier rappel ? / / | |
| A-t-elle reçu du sérum antitétanique ? | <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, en quelle année ? / / | |

Médicaments à prendre durant le camp/ les w-e :

La scoute doit-elle prendre des médicaments pendant le camp ?

- Non, aucun
- Oui, Lesquels ?

A quelle fréquence ?

Sait-elle s'en occuper seule ? Oui - Non

Remarques particulières :