

FICHE MEDICALE

Coller une vignette ici

Ou

Nom de votre mutuelle :

N° carte SIS :

N° registre National :

Information personnelles (du participant)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° :

CP :

Langue maternelle : FR NL

EN DE autre :

Personne à contacter en cas d'urgence :

1. Nom :

Téléphone 1 :

2. Nom :

Téléphone 2 :

3. Nom du médecin traitant :

Téléphone 3 :

Informations médicales (du participant)

1. Le participant souffre-t-il d'un problème particulier à nous signaler : Oui Non

Asthme, diabète, maladie cardiaque, incontinence, affection cutanée, dyslexie, épilepsie, hyperactivité, surdité, dysphasie, troubles psychomoteur,... Autre :

2. Est-il allergique (si oui, cocher la case et indiquez le sujet de l'allergie) : Non.

Aux médicaments :

A un ou plusieurs aliments :

Aux piqûres d'insectes :

Au maquillage :

Autre :

3. Est-il vacciné contre le tétanos : Oui, le dernier rappel le : Non.

4. Doit-il prendre un médicament : Oui. Non.

Si oui, nom du médicament (uniquement sur prescription médicale) :

Quantité et posologie :

Droit à l'image

J'autorise l'organisateur à utiliser les photos du participant dans le cadre de la promotion de ses activités :

Oui. Non.

Date et signature (Nom et Prénom).

Toutes les données de ce formulaire seront détruites après l' v nement organisé.