

Fiche Médicale Individuelle

Baden Powell Belgian Lonescouts

DATE : / /

Identité de l'enfant

Nom: Rue:
Prénom: Localité:
Date de naissance: / / Téléphone:

Nom du médecin traitant :

Rue:
Localité:
Téléphone:

Renseignements généraux

Date du dernier examen médical ? / /
L'enfant est-il atteint de
diabète affection cardiaque
asthme somnambulisme
épilepsie
L'enfant est-il incontinent ? OUI NON
Médicaments pris régulièrement ? OUI NON
Lequels ?
Régime alimentaire particulier ? OUI NON
Lequels ?
Maladies antérieures / opérations subies ?
Autres renseignements utiles ?

Allergies

Est-il allergique à des médicaments ? OUI NON
Lequels ?
Est-il allergique à certaines matières ou aliments ? OUI NON
Lequels ?

Vaccins

L'enfant est-il en ordre de vaccins ? OUI NON
Quand a-t-il eu son dernier vaccin tétanos ? / /
Autre vaccin ? / /

Important : Où joindre les parents pendant le camp ?

	Nom	Prénom	Téléphone	GSM	Période
Contact 1					du ... / ... / au ... / ... /
Contact 2					du ... / ... / au ... / ... /

Assurance Rappatriement (Type Europ-Assitancte)

Compagnie d'assurance : Nom d'affilié :
Tel : N° d'affilié :

ATTENTION : Nous vous demandons de veiller à ce que votre enfant ait
TOUJOURS sa **carte d'identité** lors des activités scoutées.

Vignette délivrée par la mutuelle et dûment complétée
Coller un bord de la vignette seulement

Vignette délivrée par la mutuelle et dûment complétée
Coller un bord de la vignette seulement

