

Fiches médicales

Groupe sanguin

Poids/taille

Personne à contacter en cas d'urgence :

Lien de parenté

Nom

Prénom

Adresse

Téléphone

(pour le week-end)

GSM

Données médicales

Nom du médecin traitant

Adresse

Téléphone

Le participant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> diabète | <input type="radio"/> asthme | <input type="radio"/> maladie contagieuse |
| <input type="radio"/> affection cardiaque | <input type="radio"/> somnambulisme | <input type="radio"/> épilepsie |
| <input type="radio"/> affection cutanée | <input type="radio"/> Handicap moteur | <input type="radio"/> Handicap mental |
| <input type="radio"/> Diphtérie | <input type="radio"/> allergies – si oui lesquelles : | |
| <input type="radio"/> autres ... | | |

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

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ?

oui

non

Date du dernier rappel :

Le participant a-t-il reçu du sérum antitétanique ?

oui

non

En quelle année ? :

Date, nom, prénom et signature

(du parent/tuteur ou du participant si ce dernier est majeur)

NB : Pensez à avoir votre carte SIS !!!

Si vous ne désirez pas nous fournir d'information sur votre santé, veuillez remplir la déclaration au recto de cette fiche

Je soussigné(e)

ne souhaite pas communiquer les renseignements demandés dans la fiche médicale au recto. Par conséquent, je dégage l'asbl LCDT de toute responsabilité liée à tout accident qui pourrait survenir durant l'activité de l'asbl LCDT

(nom de l'activité)

: Tome .

date

signature

