



SCOUTS DU SENEGAL

REGION

DISTRICT

GROUPE



FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

Identité de l'enfant

Nom:.....Prénom.....

Né le

Adresse :

Tél :

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom-Adresse.....

Tél : /

Nom -Adresse.....

Tél : /

Médecin traitant

Nom – Adresse :

Tél : /

Informations médicales confidentielles

L'enfant est-il atteint de :

Diabète Asthme Epilepsie Somnambulisme Affection cardiaque

Affection cutanée Rhumatisme Handicap moteur Handicap mental Autres :

Fréquence et gravité :

Est-il sensible au refroidissement ? Oui Non

Est-il allergique à certaines matières ou aliments ? Oui Non Si oui, lesquels ?

Est-il vite fatigué ? Oui Non

Est-il incontinent ? Oui Non

A-t-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Peut-il participer aux activités sportives ? Oui Non

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui Non (date du dernier rappel)

Est-il allergique à des médicaments ? Oui Non Si oui, lesquels ?

Date Signature :

Soins à prodiguer et prescriptions pendant le camp

A présenter au médecin consulté lors du camp et à remettre aux parents à la fin du camp.

Médicaments à prendre durant le camp :

Le parent (Prénom Nom et Signature)