

Stage de mise en condition physique à Chiny
du 13 au 17 septembre 2010

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1. Personnes à prévenir en cas d'URGENCE :

NOM :

NOM :

PRENOM :

PRENOM :

ADRESSE PRIVEE :

ADRESSE PRIVEE :

TEL. :

TEL. :

Vignettes de mutuelle à coller par le coin :

2. A. Vaccin antitétanique OUI / NON. Si OUI, DATE :

B. Sérums antitétaniques OUI / NON. Si OUI, DATE :

C. Réactions allergiques OUI / NON. Si OUI, A QUOI ?

D. Groupe sanguin si vous le connaissez - GROUPE : RH :

E. L'enfant est-il sujet à des crises nerveuses, syncopes.... OUI / NON

F. L'enfant prend-il des médicaments ? Si OUI, LESQUELS :

.....

G. L'enfant est-il sujet à des crises de somnambulisme OUI / NON

H. L'enfant sera-t-il en possession de médicaments ? Si OUI, LESQUELS ?

.....

Remarques éventuelles :

Je soussigné(e), père / mère / responsable ayant la garde de
..... classe :

atteste qu'il (elle) est en bonne santé.

Date :

Signature :