

Stage de mise en condition physique à Chiny  
du 12 au 16 septembre 2011

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 :