INSTITUT SAINT-BERTHUIN
MALONNE

Stage de mise en condition physique à Chiny
du 08 au 12 septembre 2008

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

1. Personnes à prévenir en cas d'URGENCE :

NOM :
PRENOM :
ADRESSE PRIVEE :

TEL. :

NOM :
PRENOM :
ADRESSE PRIVEE :

TEL. :

Vignettes de mutuelle à coller par le coin :

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