



Fiche Santé 2025-2026 pour mineur

Groupe local :

Le participant :

fille garçon

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité : Date de naissance : .../.../.....

Téléphone : GSM : E-mail :

En cas d'urgence, prévenir :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone : GSM :

et / ou :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone : GSM :

Médecin traitant :

Nom : Localité :

Téléphone : GSM :

Activités – Repas – Sommeil

- L'enfant peut-il nager ? *OUI - NON*
Si oui : il nage *avec difficulté – assez bien - bien*
Quelles activités/sports ne peut-il pas pratiquer ?
 - Suit-il un régime particulier ? *OUI - NON*
Si oui, lequel ?
 - Est-il somnambule ? *OUI - NON*
Y a-t-il d'autres problèmes de sommeil ? *OUI - NON*
- Remarque : le régime alimentaire du camp est végétarien équilibré, à l'exception sporadique de poisson.*

Informations médicales :

- Groupe sanguin de l'enfant :
Joignez si possible une copie de la carte de groupe sanguin.
- Souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	Oui	Non	Si OUI, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter, si nécessaire sur une autre feuille !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Incontinence			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Coups de soleil			
Autres :			
....			

- S'il a subi une maladie ou intervention grave, quand et laquelle ?
- Est-il allergique ? *OUI / NON* Si OUI, à quoi ?
- S'il doit prendre des médicaments, lesquels, quand et combien ?
..... Poids :
- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? *OUI / NON* contre le covid-19 ? *OUI / NON*
Date du dernier rappel tétanos Joignez si possible une copie de la carte de vaccination.
- Autres remarques utiles :

Confidentialité : conformément à la loi relative à la protection des données à caractère personnel du 8 décembre 1992, la confidentialité stricte de ces données est garantie par les organisateurs. Personne d'autre que le responsable désigné et si nécessaire le médecin consulté n'y aura accès. Cette Fiche Santé est gardée pendant l'année ou pendant l'activité en cours, après quoi elle sera détruite.

CADRE POUR UNE VIGNETTE
Ne collez que l'extrémité svp.

Nom du signataire en fonction (parent, tuteur, ...) :
.....

Date de signature:/...../.....

CADRE POUR UNE VIGNETTE
Ne collez que l'extrémité svp.

Signature des parents ou du responsable de l'enfant :
.....