

FICHE MEDICALE

Stage de Pâques - Arlon du 29 avril au 3 mai 2024

Nom et prénom du stagiaire (MAJUSCULES) :

.....

Date de naissance :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : **Lien de parenté :** **Téléphone :**

Nom : **Lien de parenté :** **Téléphone :**

Nom du médecin traitant : **Téléphone :**

Le participant est-il/a-t-il été victime de :

	Oui	Date	Remarques éventuelles
Entorses récentes			Où:
Commotion cérébrale			
Difficultés cardiaques		/	
Allergies (non alimentaires)		/	Quelles substances:
Incontinence		/	
Asthme		/	
Fractures			Où:
Crises nerveuses		/	
Variation de tension		/	
Diabète		/	
Vaccination Tétanos			

Votre enfant doit-il / elle prendre des médicaments en cours du stage : OUI - NON

Merci de préciser avec exactitude le traitement à suivre :

.....

Est-il /elle soignée par homéopathie : OUI - NON

