

Fiche individuelle de santé (Restera strictement confidentielle)

Participant

Nom : Prénom : Date de naissance :

Nom du chef de famille :

Adresse :

Téléphone joignable en journée :

E-mail :

Données médicales

Nom et prénom du médecin traitant :

Maladie(s) antérieure(s) et opération(s) subie(s) :



	oui	non	Quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Autres :			

A-t-il (elle) été vacciné(e) contre le tétanos ? oui - non

Année : Rappel :

Date du dernier test à la tuberculine et résultat ?

Si le test est positif, depuis quand ?

Est-il (elle) allergique ?

- à certains produits alimentaires ? oui - non

lesquels :

- à certains médicaments ? oui - non.

lesquels :

au soleil ? oui - non

quelles précautions prendre :

à d'autres choses ? oui - non

lesquelles :

