

# Questionnaire Médical

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'incident :

Numéro de téléphone :

Nom et coordonnées (adresse et téléphone) du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il sujet à des allergies (aliments, acariens, médicaments... précisez) ?

OUI / NON. Si oui, est-il sous traitement ? OUI / NON Précisez \_\_\_\_\_

Est-il asthmatique ? OUI / NON. Si oui, est-il sous traitement ? OUI / NON Précisez \_\_\_\_\_

Ses vaccins sont-ils à jour ? **(Joindre une photocopie du carnet de vaccination)** OUI / NON

Est-il soumis à des restrictions alimentaires d'ordre médical ou autre ? OUI / NON Précisez \_\_\_\_\_

Suit-il un traitement ? OUI / NON **(Si oui joindre une photocopie de l'ordonnance)**

Autorisez-vous les accompagnateurs à vérifier, voire à délivrer le traitement ? OUI / NON

Précisions sur la posologie ou autre : \_\_\_\_\_

Nom de la compagnie d'assurance (responsabilité civile) : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Autres remarques sur les questions d'ordre médical ou psychologique ou sur la conduite à tenir en cas de problème : \_\_\_\_\_

J'autorise l'éducateur responsable à consulter un médecin ou à faire hospitaliser mon enfant en cas de besoin et à faire pratiquer les interventions nécessaires s'il y a lieu.

L'éducateur responsable avertira la famille dans les plus brefs délais.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :