

# YOUTH CAMP 2017



## FICHE MEDICALE

Enfant :

N° de sécurité sociale (pour les mineurs, celui de l'assuré) :

### ALLERGIES

Êtes-vous allergique ?	Oui	Non
- Médicamenteuse	Oui	Non
- Respiratoire	Oui	Non
- Alimentaire	Oui	Non
- Autre (précisez)	Oui	Non

Précisions sur votre allergie :

### REGIME ALIMENTAIRE

Suivez-vous un régime alimentaire (sans sel, sans porc, etc.) ? Oui Non  
Précisez :

### AUTRES ANTECEDENTS MEDICAUX

Avez-vous des antécédents médicaux ? Oui Non  
Si oui, précisez (maladie, infirmité, affections récidivantes, séquelles de maladie ou traumatique) :

Êtes-vous en cours de traitement médical ? Oui Non  
Si oui, pour quel motif ?

Précisez le traitement en cours (nom et dose) :

## PROBLÈMES OSTEO-ARTICULAIRES

Avez-vous des problèmes ostéo-articulaires ?

Oui

Non

*Si oui, précisez :*

## VACCINATIONS

Date du dernier rappel

DT Polio :

Hépatite A :

Hépatite B :

## PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Mr, Mme :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel dom :

Tel trav :

Port :

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur)

donne pouvoir aux responsables de la délégation FSCF du Camp FSCF 2017, pour prendre en mon nom, toute décision concernant mon fils, ma fille qu'ils jugeront utile en cas d'urgence : accident, intervention chirurgicale ou rapatriement en urgence.

Date :

Signature(s) :