**Fiche d’identité / Fiche médicale individuelle**

*Pour nous faciliter la tâche, et pour plus d’efficacité, nous vous demandons de remplir ces fiches*

*qui resteront confidentielles :*

**Fiche d’identité**

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

CP :…… Localité : ……

Tél. : …… GSM parents : ……

GSM personnel si vous l’emportez avec vous : ……

**Fiche médicale**

**Personnes à contacter en cas d’urgence :**

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

CP :…… Localité : ……

Tél. : …… GSM : ……

Lien de parenté : ……

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

CP :…… Localité : ……

Tél. : …… GSM : ……

Lien de parenté : …

**Médecin traitant (nom + adresse + tél.) :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Attention : n’oubliez pas votre carte SIS**

**ou votre carte de mutuelle européenne !!!**

**Informations médicales confidentielles :**

Êtes-vous atteint de

 *diabète*  *asthme*  *épilepsie*  *somnambulisme*

 *affection cutanée*  *rhumatisme*  *affection cardiaque*  *autre (préciser) ……*

Fréquence et gravité : ………………………………………………………………………

**Divers (cocher la bonne case) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |
| 1. Êtes-vous vite fatigué ? |  |  |
| 2. Avez-vous un régime alimentaire particulier ? |  |  |
| 3. Pouvez-vous participer aux activités sportives ? |  |  |
| 4. Êtes-vous allergique aux médicaments ? |  |  |
| 5. Êtes-vous allergique à certains aliments ou certaines matières ? |  |  |
| 6. Êtes-vous vacciné contre le tétanos ? |  |  |
| 7. Êtes-vous en ordre de vaccination ? |  |  |

Si vous avez répondu affirmativement à la question n° 4 ou à la question n° 5, précisez les médicaments ou les aliments auxquels vous êtes allergique :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Si vous connaissez votre **groupe sanguin**, précisez-le : …………………………………………

**Remarques éventuelles :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………