

# Fiche médicale individuelle

Compléter et renvoyer cette fiche **par mail et en pièce jointe** à l'adresse [garcons@passeportasbl.be](mailto:garcons@passeportasbl.be) ou [filles@passeportasbl.be](mailto:filles@passeportasbl.be), selon le groupe auquel participe votre enfant.  
Ces fiches seront conservées toute l'année en vue des activités et des raids organisés par l'asbl.  
**Merci de nous signaler toute modification éventuelle aux responsables de Passeport.**

## Identité de l'enfant

Nom : Prénom :  
Né le : A :  
Adresse : Rue : N° : Boîte :  
CP : Ville : Pays :  
Téléphone :

## Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom :  
Adresse :  
Téléphone : Gsm :

Nom :  
Adresse :  
Téléphone : Gsm :

## Médecin traitant

Nom :  
Adresse :  
Téléphone : Gsm :

## Informations médicales confidentielles

**Groupe sanguin et facteur rhésus :**

**L'enfant est-il atteint de (souligner) :**

- Diabète
- Rhumatisme
- Affection cutanée
- Autre :
- Asthme
- Somnambulisme
- Handicap moteur
- Epilepsie
- Affection cardiaque
- Handicap mental

**Description (fréquence et gravité) :**

**L'enfant est-il (souligner) :**

- Sensible aux refroidissements
- Allergique à des médicaments ? Lesquels :
- Vite fatigué
- Régime alimentaire particulier ? Lequel :
- Incontinent
- Allergique à des aliments ? Lesquels :
- Incapable de nager
- Vacciné contre le tétanos ? Date du dernier rappel :
- A reçu le sérum antitétanique ? Année :

**Soins à prodiguer :**

**Remarque(s) éventuelle(s) :**

**Nom, prénom et qualité de la personne qui a complété la présente fiche :**

**Date :**