



FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

Camp Ados Puy du Fou 2025

Données de l'ado et des parents ou tuteurs:

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Nom des parents ou tuteurs :

Adresse :

Téléphones : e-mail :

Données médicales de l'ado :

Médecin traitant: N°de téléphone

- Groupe sanguin :

- Régime alimentaire : NON / OUI

- Asthme : NON / OUI

- Evanouissements : NON / OUI

- Saignements de nez : NON / OUI

- Allergies médicaments : NON / OUI.....

- Autres allergies : NON / OUI

- Vaccinations :

o Tétanos, date du dernier rappel

o Poliomyélite, date dernier rappel

- Maladie en cours nécessitant un traitement :

.....

- Médicament(s) à prendre :

.....

- Antécédents chirurgicaux : (mentionner lisiblement les dates et un bref descriptif) : NON / OUI

.....

Si d'autres informations vous semblent nécessaires pour la surveillance de votre enfant, veuillez les inscrire ci-après :

Si vous le jugez utile, donnez à votre enfant son « carnet de santé » ou des photocopies des pages remplies à la dernière consultation.

- En cas d'urgence, j'autorise mon enfant à se faire hospitaliser : OUI - NON

Par la présente, j'autorise le transport de mon enfant par ambulance et donne mon accord pour l'admission dans un hôpital, pour tout traitement recommandé par le personnel médical, y compris une intervention chirurgicale si c'est une nécessité dans l'intérêt de l'enfant.

L'autorisation ci-dessus ne sera utilisée qu'en cas d'urgence. S'il survient un accident sans urgence, tout effort sera fait par l'encadrement pour contacter les parents en priorité. Pour cette raison, veuillez écrire ci-dessus votre adresse pendant toute la période du camp et les numéros de téléphone auxquels nous pouvons vous joindre pendant le camp.

Date : Signature des parents ou tuteurs :