

Classes de neige 2026 « Fucine ».

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE – Confidentiel

Un petit mot pour vous, parents...

Ce questionnaire doit être complété par vous-mêmes avec l'aide d'un médecin si nécessaire. Il est important de nous donner tous les renseignements demandés afin que votre enfant retire un maximum de plaisir de sa participation à nos classes de neige.

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom : Date de naissance :

RN :

Adresse complète :

.....

Médecin traitant :

Nom : Téléphone :

Où joindre les parents ?

Personne 1 : Nom :

Tél. :

GSM :

Tél. travail :

Remarque(s) :

Personne 2 : Nom :

Tél. :

GSM :

Tél. travail :

Remarque(s) :

Groupe sanguin (si connu) : **Poids de l'enfant:**.....

Date du dernier examen scolaire :

Y avait-il des remarques concernant sa participation aux classes de neige ? OUI – NON

Lesquelles :

Votre enfant est-il atteint de :

Diabète OUI-NON Affection cardiaque OUI-NON

Asthme OUI-NON Affection cutanée OUI-NON

Epilepsie OUI-NON Autre(s) :

Somnanbulisme OUI-NON

Maladie(s) antérieure(s) de l'enfant et /ou opérations subies :

.....Année :

.....Année :

Classes de neige 2026 « Fucine ».

Votre enfant a-t-il reçu du **sérum antitétanique** ? OUI-NON En quelle année ?.....

Date du **dernier rappel** du vaccin contre le **tétanos** :.....

Votre enfant est-il souffre-t-il d'énurésie ? OUI-NON

Votre fille est-elle réglée ? OUI – NON

Y a-t-il des observations à ce sujet ?

Votre enfant peut-il participer sans inconvénient **aux activités à l'extérieur** ? OUI-NON

Votre enfant est-il **allergique** à des **médicaments** ? OUI-NON

Lesquels ?.....
.....

Est-il **allergique** à certaines **matières** ou **aliments** ? OUI-NON

Lesquels ? Merci d'être le plus complet possible.

.....
.....
.....

Votre enfant suit-il un **régime alimentaire** ? Y a-t-il des précautions à prendre quant à son alimentation ?

.....

Si votre enfant doit prendre des médicaments pendant le séjour, merci de compléter le tableau ci-dessous.

	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Lundi
Matin							
Midi							
Soir							

Remarque importante

Les instituteurs disposent d'une trousse de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient.

Paracétamol (douleur-température), Isobétadine (antiseptique), Arnica (coups), Euceta (piqûres d'insectes), R-Calm (indigestion, mal de transport), Entérol (diarrhée), des pastilles contre les maux de gorges.

Nous soussignés, parents de _____ marquons notre accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris ci-dessus.

Remarques :

Signature/s :

Classes de neige 2026 « Fucine ».

Nom et prénom de la/des personne/s qui a/ont rempli ce formulaire

Nom : _____ Prénom : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir rempli cette fiche médicale et autorise mon enfant à :

-skier

-participer à toutes les activités au cours du séjour du 23 mars 2026 au 31 mars 2026.

Date et signature :

Emplacement pour une vignette de mutuelle. NE PAS COLLER COMPLETEMENT	Emplacement pour une vignette de mutuelle. NE PAS COLLER COMPLETEMENT
--	--

Merci de joindre à cette fiche médicale une copie du carnet de vaccination de votre enfant.

INSCRIPTION DE L'ELEVE AUTORISATION D'INITIATIVE POUR LES URGENCES MEDICALES

Je, soussigné(e), (nom et prénom du chef de famille ou représentant légal) :

.....

Domicilié(e) à (adresse complète) :

.....

Téléphone :

- autorise mon enfant (nom,prénom) :

né(e) àle

à participer aux classes de neige du **23 mars 2026** au **31 mars 2026**

- autorise les responsables des classes de neige auxquelles mon enfant participe à prendre éventuellement toutes décisions qu'ils jugeraient nécessaires en accord avec le corps médical en vue de toute intervention médicale ou chirurgicale indispensable.

Date :

Signature :

Cachet de l'école :

