



Fiche individuelle de santé

Merci de compléter ce questionnaire avec précision (vous-même ou votre médecin)

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom :

Personne à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Tél :

Données médicales :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Maladies antérieures de l'enfant ou opérations subies :

Est-il atteint de somnambulisme ? oui-non

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui-non

En quelle année ? Rappel ?

L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible :

- à des médicaments ? oui-non . Si oui, lesquels ?

- à certaines matières ou aliments ? oui - non . Si oui lesquels ?

Lors des repas :

il mange ce qu'il veut - il doit manger de tout - il a un régime alimentaire :

Souffre-t-il d'incontinence ? oui- non - souvent

Est-il vite fatigué ? oui-non

Peut-il participer sans inconvénients à des activités sportives ? oui-non

L'enfant doit-il prendre des médicaments en cours de séjour ? oui-non

Si oui, lesquels, à quelle dose et à quelle fréquence

Y a-t-il des remarques supplémentaires concernant sa participation à nos activités?

.....
.....

J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées par le centre équestre de Mousty ;

Oui- non

Signature :