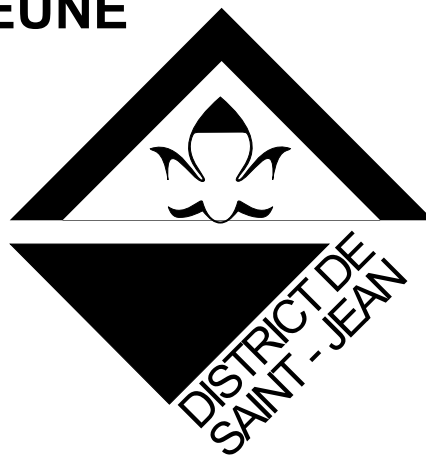


# Fiche d'identification personnelle - JEUNE

## Renseignements sur le jeune

Nom:
Adresse de résidence:
Ville:
Code postal:
# d'assurance-maladie:
date de naissance:



## Renseignements sur le père

Nom:
réside à la même adresse que l'enfant <input type="checkbox"/>
Adresse:
Ville:
Code postal:
Téléphone (résidence):
Téléphone (travail):

## Renseignements sur la mère

Nom:
réside à la même adresse que l'enfant <input type="checkbox"/>
Adresse:
Ville:
Code postal:
Téléphone (résidence):
Téléphone (travail):

## Personnes à rejoindre en cas d'urgence si on ne peut rejoindre les parents

Nom:	Nom:
# de téléphone:	# de téléphone:
lien avec l'enfant:	lien avec l'enfant:

## Renseignements médicaux

### Votre enfant souffre-t'il ou a t'il déjà souffert de:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> cancer              | <input type="checkbox"/> scarlatine         |
| <input type="checkbox"/> diabète             | <input type="checkbox"/> tétanos            |
| <input type="checkbox"/> maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> poliomyélite       |
| <input type="checkbox"/> troubles mentaux    | <input type="checkbox"/> tuberculose        |
| <input type="checkbox"/> épilepsie           | <input type="checkbox"/> bronchite          |
| <input type="checkbox"/> mononucléose        | <input type="checkbox"/> méningite          |
| <input type="checkbox"/> pleurésie           | <input type="checkbox"/> rougeole           |
| <input type="checkbox"/> coqueluche          | <input type="checkbox"/> troubles digestifs |
| <input type="checkbox"/> jaunisse            | <input type="checkbox"/> varicelle          |
| <input type="checkbox"/> maladie rénale      | <input type="checkbox"/> rubéole            |
| <input type="checkbox"/> rhumatisme          | <input type="checkbox"/> oreillons          |
| <input type="checkbox"/> convulsions         | <input type="checkbox"/> roséole            |
| <input type="checkbox"/> pneumonie           | <input type="checkbox"/> autre maladie:     |
| <input type="checkbox"/> diphtérie           |   |

### État de santé actuel de votre enfant:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> essoufflement         | <input type="checkbox"/> maux d'oreilles          |
| <input type="checkbox"/> cauchemars            | <input type="checkbox"/> douleur à la poitrine    |
| <input type="checkbox"/> constipation          | <input type="checkbox"/> douleur au ventre        |
| <input type="checkbox"/> indigestion           | <input type="checkbox"/> fatigue inhabituelle     |
| <input type="checkbox"/> étourdissement        | <input type="checkbox"/> somnambulisme            |
| <input type="checkbox"/> troubles urinaires    | <input type="checkbox"/> maux de tête inhabituels |
| <input type="checkbox"/> maladie de peau       | <input type="checkbox"/> sinusite                 |
| <input type="checkbox"/> troubles de l'appétit | <input type="checkbox"/> diarrhée                 |
| <input type="checkbox"/> perte de connaissance | <input type="checkbox"/> toux                     |
| <input type="checkbox"/> trouble de la vue     | <input type="checkbox"/> amigdalite               |

### Votre enfant souffre-t'il d'allergies?

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> eczéma    | <input type="checkbox"/> fièvres des foins  |
| <input type="checkbox"/> urticaire | <input type="checkbox"/> piqûres d'insectes |
| <input type="checkbox"/> asthme    |   |

### Quels vaccins votre enfant a-t'il eu? inscrire la date

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DCT __/__/__               | <input type="checkbox"/> rubéole __/__/__        |
| <input type="checkbox"/> poliomyélite __/__/__      | <input type="checkbox"/> oreillons __/__/__      |
| <input type="checkbox"/> BCG (tuberculose) __/__/__ | <input type="checkbox"/> méningite __/__/__      |
| <input type="checkbox"/> anti-variolique __/__/__   | <input type="checkbox"/> tétanos __/__/__        |
| <input type="checkbox"/> rougeole __/__/__          | <input type="checkbox"/> autres vaccins __/__/__ |

allergies aux médicaments:

allergies à la nourriture:

autres allergies:

Est-ce que votre enfant prend des médicaments?

## Quelles sont les compétences de votre enfant à la nage?

- ne sait pas nager     débutant     bon nageur

## Remarques


Signature: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_