**FICHE MÉDICALE,** à compléter par le médecin traitant

**Nom-Prénom du Participant : ………………………………………………….……**

Joindre une copie de la carte de Groupe sanguin ou attestation

**Date de Naissance : ……./………/……...**

**Poids : ………… KG**

**Groupe Sanguin ……. Rhésus : ………………**

**Tension Artérielle Habituelle : ……………………**

1. Remarquez-vous des anomalies au niveau de la taille, du poids (y compris une perte ou une prise de poids substantielle au cours des six derniers mois), tension, pouls ou respiration ? **OUI/NON** Si oui, expliquez.
2. Le participant a-t-il eu les pathologies reprises ci-après (cochez la pathologie, si oui) ?
* Rougeole
* Tuberculose
* Oreillons
* Toux (persistante et récurrente)
* Rubéole
* Céphalée récurrentes
* Varicelle
* Somnambulisme
* Poliomyélite
* Énurésie
* Hépatite
* Appendicite

Si vous avez entouré une pathologie, merci de préciser les informations nécessaires

1. Le participant a-t-il déjà souffert d’une de ces maladies ou complication de :

Si oui, merci de préciser

les informations nécessaires

Organes abdominaux, système digestif ⬜ non ⬜ oui

Poumons, système respiratoire ⬜ non ⬜ oui

Os, ligaments, système locomoteur ⬜ non ⬜ oui

Système génito-urinaire ⬜ non ⬜ oui

Vaisseaux sanguins, cœur ⬜ non ⬜ oui

ORL, vision ⬜ non ⬜ oui

Système endocrinien ⬜ non ⬜ oui

1. Le participant a-t-il consulté, au moins une fois, un neurologue, psychologue ou autre spécialiste concernant un trouble nerveux, émotionnel ou alimentaire ? Si oui expliquez :
2. Le participant souffre-t-il de :

Asthme ⬜ non ⬜ oui - traitement ? crise récente ?

Diabète ⬜ non ⬜ oui - traitement ? type 1/type2 ? Bien contrôlé ?

Epilepsie ⬜ non ⬜ oui - traitement ? crise récente ?

1. Le participant a-t-il été hospitalisé ces 5 dernières années ? Si oui donnez les dates, le diagnostic et la suite des soins pour chacune d’entre elle :
2. Le participant a-t-il déjà été opéré ? Fractures, interventions chirurgicales… (dates plus traitement éventuel en cours).
3. **Allergies**
* Iode : ⬜ non ⬜ oui
* Antibiotiques – Médicament : ⬜ non ⬜ oui **⇨** le(s)quel(s) : …………………………………………
* Alimentaire : ⬜ non ⬜ oui **⇨** le(s)quel(s) : …………………………………………………………………
* Piqûre d’insectes : ⬜ non ⬜ oui **⇨** le(s)quel(s) : ………………………………………………………….
* Autre (s) : ⬜ non ⬜ oui **⇨** …………………………………………………………….…………………………….
1. **Contre indications**
* Médicament : ⬜ non ⬜ oui **⇨** Pourquoi ? …………………………………………………………
* Alimentaire : ⬜ non ⬜ oui **⇨** Pourquoi ? …………………………………………………………..
* Autre (s) : ⬜ non ⬜ oui **⇨** …………………………………………………………….…………….……
1. En ordre de vaccination pour :

⬜ oui ⬜ non - Tétanos - diphtérie

⬜ oui ⬜ non - Polio

⬜ oui ⬜ non - Rougeole

⬜ oui ⬜ non - Hépatite A

⬜ oui ⬜ non - Fièvre typhoïde

autre vaccin à stipuler : ………………………………….

1. **Contacts**

**Médecin traitant : Dr** ………………………………………………………………… **Numéro :** ………………………

Disponible par téléphone pendant la période du voyage, dates à compléter ? ⬜ non ⬜ oui

Si nécessaire,

**Médecin spécialiste: Dr** ……………………………………...……….…………… **Numéro :** ………………………

Quelle pathologie prise en charge : ……………………………………………………………………………………………………

Disponible par téléphone pendant la période du voyage, dates à compléter ? ⬜ non ⬜ oui

1. **Certificat médical**

Après avoir personnellement interrogé et examiné (nom du participant )….……………………………………

Je déclare qu’il/elle est apte/pas apte à participer à un voyage de …. jours au Pays et qu’il n’y a pas de contre indications pour lui de prendre un traitement anti-malaria, tel que la Malarone.

 Et emporte avec lui/elle les médicaments suivants :

*(Ne lister que les médicaments que votre enfant prend de manière régulière pour répondre à un état de santé/une pathologie particulière. Ne pas lister anti-malaria/probiotiques/… communs à tous les jeunes. Une pharmacie commune sera emportée par nos soins. )*

|  |  |
| --- | --- |
| **Dénomination**  | **Utilisé pour l'affection suivante**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Nom et signature** des parents, à faire précéder des mots : lu et certifié conforme, date.

**Date, cachet et signature du médecin**