



GROUPE HONNEUR

SCOUTS & GUIDES PLURALISTES

Fiche Médicale

Remarque : cette fiche médicale est le document de référence en cas d'accident ou de maladie de votre enfant pendant une activité. Prenez soin de la remplir avec attention et remettez-là sans tarder (en mains propres) à un animateur de la section ; vous leur permettrez (ainsi qu'au médecin consulté) d'agir de la meilleure manière en cas de problème. Merci d'avance.

Affilié(e) :

Nom :	Prénom :
Date de Naissance :	Section :

Adresse complète :

Nom de la Mutuelle :	Coller ici une vignette mutuelle
Numéro de carte SIS :	

Assurance Complémentaire : l'affilié(e) est-il (elle) couvert(e) par un organisme d'assistance particulier en Belgique et/ou à l'étranger? Si oui, précisez (organisme, n° d'affiliation, téléphone, couverture,...)	
--	--

Personne(s) à prévenir [en cas d'urgence] durant une activité :

Nom :	Nom :
Lien avec l'affilié(e) :	Lien avec l'affilié(e) :
Adresse :	Adresse :
Tel :	Tel :
GSM :	GSM :

Médecin traitant:

Nom: _____ Tel : _____

Adresse: _____

Cette fiche médicale est à compléter le plus complètement possible et à remettre à l'animateur responsable de la section où est inscrit(e) l'affilié(e). Cette fiche à caractère confidentiel est conservée par le responsable de section et accompagne l'affilié(e) lors de chaque activité ; elle est présentée au corps médical en cas de nécessité.

Informations médicales :

L'affilié(e) est-il (elle) soigné(e) préférentiellement par :

Allopathie / Homéopathie

Groupe Sanguin :

Anomalies de coagulation :

Date de Vaccinations :

Tétanos :

(Sérum / Rappel)

Autres (préciser) :

Antécédents et affections :

Somnambulisme :

Epilepsie :

Incontinence :

Diabète :

Système Nerveux :

Système Digestif :

Système Circulatoire :

Système Respiratoire :

Autre (préciser) :

Allergies : l'affilié(e) fait-il (elle) des allergies ou intolérances aux piqûres d'insectes, aliments, médicaments, pollens, autres...? Si oui, lesquelles ?

Régime alimentaire : l'affilié(e) suit-il (elle) un régime alimentaire particulier ? Si oui, lequel?

Traitement médical : l'affilié(e) suit-il (elle) un traitement médical particulier ? Si oui, lequel?

Remarques :

Les renseignements repris sur cette fiche sont considérés comme valables pendant toute la période d'affiliation aux SGP de la personne concernée et tant qu'une nouvelle fiche n'aura pas été transmise au responsable de section qui annulerait et remplacerait la précédente. Toute modification doit dès lors être notifiée par écrit au responsable de section, le plus rapidement possible, par remise d'une nouvelle fiche.

Je soussigné(e) _____, parent ou tuteur légal de l'affilié(e), autorise le responsable de section à prendre toutes les dispositions qui s'imposent en cas d'urgence, y compris toute intervention jugée nécessaire par le corps médical.

Fait à: _____ le: _____ Signature :