



FICHE MÉDICALE

Date :

...../...../.....

Nom :

Prénom :

Localité :

En cas d'urgence, prévenir, tél :

ou, tél :

Je marque mon autorisation pour autoriser les responsables de l'asbl Agora de laisser le corps médical poser des actes médicaux ou chirurgicaux si une situation d'urgence l'exigeait.

Signature des parents (si moins de 18 ans)

Signature de l'inscrit(e)

Plier en deux avec les informations à l'intérieur et agraffer pour fermer. Cette fiche est strictement confidentielle ne sera ouverte qu'en cas d'urgence pendant le voyage par les responsables de l'asbl Agora durant le voyage.

⋮ FICHE MÉDICALE ⋮

En cas de doute, faire remplir par son médecin

**SECRET
MÉDICAL**

Nom : Prénom :

⋮ MÉDICAMENTS HABITUELS ⋮

.....
.....

⋮ ALERGIES ⋮

- Médicaments
- Alimentaire
- Respiratoire
- Autre (abeilles, ...)

⋮ HABITUDES ⋮

- Alimentaire
- Sommeil
- Résistance à l'effort

⋮ MALADIES PARTICULIÈRES ⋮

- Poumons (bronchites, asthme, ...)
- Coeur (anomalies, fatigabilité,...)
- Digestion (constipation, diarrhée, ...)
- Déformations osseuses
- Rénal (infection, ...)
- Infections (otites, sinusites à répétition, ...)
- Epilepsies ou troubles neurologiques