



# Fiche santé type

(cette fiche est confidentielle)

## Information préalable

Ce document doit être rempli et glissé dans une enveloppe fermée.  
Celle-ci ne sera ouverte que par un médecin (ou un responsable de la section et ou de l'activité).  
Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, ces informations ne seront utilisées qu'en cas de besoin, pour raison de santé par les personnes responsables.

## Fiche d' Identité

- Nom : \_\_\_\_\_
- Prénom : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_\_
- Numéro de registre national : \_\_\_\_\_
- Adresse complète : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

## Personne contact (et lien de parenté)

- Nom \_\_\_\_\_
- Prénom \_\_\_\_\_
- Lien parenté \_\_\_\_\_
- Téléphone \_\_\_\_\_

Médecin(s) traitant(s)	Nom (s)	Prénom(s)	Téléphone(s)

Médecin(s) spécialiste(s)	Nom (s)	Prénom(s)	Téléphone(s)

Situations(s) de santé	Oui	Non	Informations complémentaires
Affection cardiaque			
Diabète			
Hypoglycémie			
Hyperglycémie			
Asthme			
Epilepsie			
Affection pulmonaire			
Affection cutanée			
Prothèse (dispositif de santé)			
Allergies alimentaires			
Allergies aux médicaments			
Rhumatismes			
Tétanos en ordre de vaccin			

Je marque mon accord pour que la prise en charge des traitements estimés nécessaires soient entrepris durant l'activité (ou le séjour) par un service médical.

**Date et signature**

Remarque

Ce document doit être actualisé en fonction de l'évolution de votre situation.