



2.9 Modèle : Questionnaire médical

Ces renseignements doivent être fournis avant le départ de l'enfant pour un long séjour ou une nuitée à l'extérieur. Ils devraient être conservés par les adultes accompagnants en cas d'urgence et doivent rester confidentiels.

Dans certains pays, les enfants ne peuvent pas se voir administrer de médicaments par un tiers, sauf s'il s'agit d'un professionnel de la santé. Dans ce cas, ce formulaire doit uniquement être utilisé pour consigner les coordonnées et les informations de base concernant les allergies, etc., qui peuvent être transmises à l'hôpital en cas d'urgence.

Les clubs / organisations doivent vérifier la législation nationale applicable en matière de traitement médical et s'assurer que les médicaments habituels peuvent être administrés par des adultes accompagnants.

Questionnaire médical

NOM DE L'ENFANT (y compris les surnoms) :	
Date de naissance :	N° de pièce d'identité :
Allergies connues (p. ex. aliments, piqûres d'insectes, médicaments) :	
Prend actuellement des médicaments : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez indiquer le type et la posologie : Veuillez apporter des copies des ordonnances (pour les médicaments et les lunettes) et suffisamment de médicaments pour la durée de l'événement, trajets compris.	
Problèmes de santé connus, par exemple asthme, épilepsie, handicap, hypotension artérielle, diabète, tendance à la migraine / aux évanouissements / aux vertiges, dépression / anxiété :	
Interventions chirurgicales subies et antécédents d'hospitalisations :	

Renseignements relatifs à l'assurance médicale :

Nom de l'assureur :

Numéro de police :

Vous pouvez ajouter ici toute information que vous pensez utile pour aider les organisateurs et les accompagnateurs à s'assurer que votre enfant est en sécurité, protégé, bien pris en charge et en mesure de participer pleinement :

Autorisation d'administrer des médicaments courants

Veillez indiquer ci-dessous si vous autorisez l'administration à votre enfant de médicaments courants tels que l'Advil, le Doliprane, l'aspirine, etc., pour des affections courantes telles que les maux de tête et les maux d'estomac. Pour les problèmes de santé plus graves, votre enfant sera conduit chez un médecin qualifié.

J'autorise / nous autorisons mon / notre enfant à prendre des médicaments courants tels que l'Advil, le Doliprane, l'aspirine, etc. si nécessaire pour des affections courantes.

Je N'autorise PAS / nous N'autorisons PAS mon / notre enfant à prendre des médicaments courants pour traiter des affections courantes.

Date :

Nom du parent / tuteur légal

Nom et prénom :

SIGNATURE : Date de naissance :

Nom et prénom :

SIGNATURE : Date de naissance :

Nom de l'enfant

Nom et prénom :

SIGNATURE : Date de naissance :