

# ASBL Touch'Chat Tout

## Fiche médicale

Vos données resteront confidentielles

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Garçon - Fille

Nom du chef de famille : .....


Adresse : .....


Téléphone/GSM : .....

Nom du médecin traitant : .....


Téléphone/GSM : .....


- ☼ Etat de santé actuel de l'enfant : **TB / B / Moyen**
- ☼ Groupe sanguin (si connu) : .....
- ☼ Type d'enseignement suivi : **général / spécialisé**
- ☼ Année scolaire (en cours ou accomplie) : .....
- ☼ Langue usuelle : **Français / Néerlandais / Autre** : .....
- ☼ Quels sont ses loisirs favoris ?  
.....
- ☼ Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pratiquer ?  
.....
- ☼ Peut-il/elle pratiquer la natation ? **oui / non**
- ☼ Sait-il/elle nager ? **TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout**
- ☼ A-t-il/elle peur de l'eau ? **oui / non**
- ☼ Sait-il/elle rouler à vélo ? **oui / non**
- ☼ Fait-il/elle une sieste ? **oui / non**
- ☼ Suit-il/elle un régime alimentaire particulier ? **oui / non**
- ☼ Si oui, lequel ?  
.....

 Est-il/elle allergique à certains produits alimentaires ? **oui / non**  
Si oui, lesquels ?


.....  
 Est-il/elle allergique à certains médicaments ? **oui / non**  
Si oui, lesquels ?



.....  
 Est-il/elle allergique au soleil ? **oui / non**


 Est-il/elle allergique à d'autres choses ? **oui / non**  
Si oui, à quoi ?


.....  
 L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :


	oui	no n	Si OUI, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire ! DANS LE CAS OU IL FAUT ADMINISTRER UN MÉDICAMENT, LA FICHE DE PRESCRIPTION DOIT ABSOLUMENT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT.
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Hyperactivité			
Affection de la peau			
Asthme			
Saignement de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coup de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissement			
Mal de route			
Autres			


 A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ces 2 dernières années ? **oui / non**  
Si oui, laquelle ?  
.....


 Est-il/elle vite fatigué ? **oui / non**  
 Porte-t-il/elle des lunettes ? **oui / non**  
Si oui, en quelles circonstances ?  
.....

 Souffre-t-il/elle d'un handicap ? **oui / non**  
Si oui, lequel ?  
.....

 Est-il/elle vacciné contre le tétanos ? **oui / non**  
Date du dernier rappel ?  
.....

 A-t-il des besoins particuliers ? **oui / non**  
Si oui, lesquels ?  
.....

 A-t-il certaines craintes ? **oui / non**  
Si oui, lesquelles ?  
.....

 Est-il particulièrement timide ? **oui / non**

 **Autres observations :**  
.....  
.....  
.....  
.....

**Rappel :** les médicaments ne seront administrés que sur base d'une prescription du médecin traitant.  
N'oubliez pas de compléter l'autorisation de prise en charge.

Date et signature