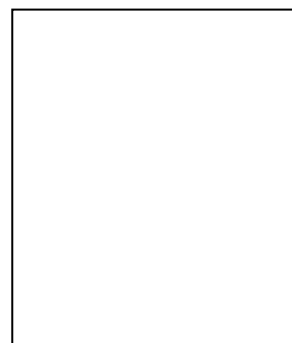


FORMULAIRE MEDICAL

NOM : _____ PRENOM : _____ PHOTO :

DATE DE NAISSANCE : ___/___/_____



Existe-t-il des restrictions relatives à la santé ? oui / non

Si oui, lesquelles

DESIGNATION	OUI	NON																																								
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Maladie / Lésion du cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
- Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
- Piqûres de guêpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
- Autre, laquelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Régime alimentaire spécial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
- Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
- Végétarien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
- Autre, lequel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Besoin régulier de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
Nom des médicaments	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Matin</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Midi</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Soir</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Nuit</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Heure</th> <th style="text-align: center;">Qtité</th> <th style="text-align: center;">Heure</th> <th style="text-align: center;">Qtité</th> <th style="text-align: center;">Heure</th> <th style="text-align: center;">Qtité</th> <th style="text-align: center;">Heure</th> <th style="text-align: center;">Qtité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </tbody> </table>		Matin		Midi		Soir		Nuit		Heure	Qtité	Heure	Qtité	Heure	Qtité	Heure	Qtité																								
Matin		Midi		Soir		Nuit																																				
Heure	Qtité	Heure	Qtité	Heure	Qtité	Heure	Qtité																																			

Le tableau ci-dessus ne fera office qu'en cas d'urgence. La prise des médicaments est sous l'entière responsabilité du moniteur.

Veuillez également indiquer les médicaments de réserve (nom et dosage) en cas, par ex., d'attaque épileptique ou d'allergie aiguë :

NOM _____

QUANTITE _____ REMARQUES _____

Date : _____ Signature : _____