



FICHE MEDICALE

Nom Prénom _____

Date de naissance _____

Nom Prénom du représentant légal _____

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Affections dermatologiques | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Allergies | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Anxiété, émotivité, trouble obsessionnels | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> A mobilité réduite | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthmes, autres affections respiratoires | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Autisme ou syndrome autistique | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Déficience mentale légère | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Déficience mentale moyenne | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Déficience mentale lourde | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Déficit sensoriel visuel | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Déficit sensoriel Auditif | <input type="checkbox"/> Porte des lunettes <input type="checkbox"/> Porte des lentilles
Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabète : régime particulier | Appareillage <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Hémiplégique | Type de crise : <input type="checkbox"/> stabilisée <input type="checkbox"/> occasionnelle <input type="checkbox"/> fréquente |
| <input type="checkbox"/> Hernies | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardio-vasculaire | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Maladie contagieuse récente | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Maladie génétique ou chromosomique | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Maladie neurologique | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Paraplégique | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Problème orthopédique | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Problème dentaire | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie ou trouble schizo typique | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Sensibilité au froid et au chaud | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Syndrome dépressif | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Tétraplégique | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trisomie | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble articulaire | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement, accès d'agitation | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble délirant | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur, trouble affectif bipolaire | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la personnalité | Type : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil | Type : _____ |

❖ Suit un traitement médical oui non

❖ Antécédents chirurgicaux : _____

❖ Indiquez tous les renseignements que vous jugez utiles concernant la santé de la personne :



FICHE MEDICALE

Nom Prénom _____

Date de naissance _____

Nom Prénom du représentant légal

Autorise les personnels mandatés à pratiquer tous les soins et interventions d'urgence rendus nécessaires par l'état de l'adhérent

Autorise les personnels mandatés à prendre la décision d'hospitaliser l'adhérent si cela est nécessaire

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis sur la fiche médicale

Ce document pourra être modifié ou révoqué à tout moment par mes soins et par écrit.

Fait à _____ Le _____

Signature de l'adhérent ou
du représentant légal agissant en son nom