



**Coller une vignette mutuelle ici**

Ou

Nom de la Mutuelle : .....

N° carte SIS : .....

N°registre nat. : .....

## FICHE MEDICALE

### Informations personnelles

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse de l'enfant :

Rue / Avenue / Bld ..... N° ..... CP .....

Langue maternelle :  FR  NL  EN  DE autre : .....

Personne à contacter en cas d'urgence :

1. Nom : ..... GSM : .....

2. Nom : ..... GSM : .....

Nom du médecin traitant :

..... GSM : .....

### Informations médical

1. Votre enfant souffre-t-il d'un problème particulier à nous signaler :

- Asthme, diabète, maladie cardiaque, incontinence, affection cutanée, dyslexie, ...

- Epilepsie, hyperkinéthisme, hyperactivité, surdité, dysphasie, troubles psychomoteur, ...

- Autre : .....

2. Est-il allergique (si oui, cochez la case et indiquez le sujet de l'allergie):  Non

Aux médicaments : .....

A un ou plusieurs aliments : .....

Aux piqûres d'insectes : .....

Au maquillage : .....

Autre : .....

3. Est-il vacciné contre le tétanos :  Oui, dernier rappel le : .....  Non

4. Doit-il prendre un médicament ?  Oui  Non

Si oui, nom du médicament (uniquement sur prescription médicale) : .....

Quantité et posologie : .....

### Droit à l'image

J'autorise l'Ecole de Cirque de Bruxelles à utiliser les photos de mon enfant dans le cadre de la promotion de ses activités.  Oui  Non

Date et signature (nom prénom)