



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'École 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)