



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: O FR NL EN DE Autre:

Personne à contacter en cas d'urgence:

1. Nom: GSM:

2. Nom: GSM:

Nom du médecin traitant: GSM:

Informations médicales

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

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

Épilepsie, 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' cole de Cirque de Bruxelles à utiliser les photos de mon enfant

1. En interne et parmi les parents des élèves, dans le cadre de la promotion de ses activités (spectacles, etc): Oui Non

2. Dans le cadre de la promotion de nos activités (réseaux sociaux): Oui Non

Fait à, le Signature