



Coller une vignette mutuelle ici

Ou Nom de la Mutuelle: .....

N° carte SIS: .....

N° registre nat: .....

## FICHE MÉDICALE

### 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 médicales

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

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

Épilepsie, hyperkinétisme, 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 : .....

À 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