Fiche médicale

IMPORTANT : A mettre sous pli cacheté, ces documents seront conservés par les accompagnateurs et seront mis à disposition de l'équipe médicale, si besoin.

NB : ces renseignements peuvent être nécessaires au médecin en cas d'urgence !

Nom : …… Prénom : ……
Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ Date de naissance : …. / …. / …….
Adresse : ……
……
Personne à contacter en cas d'urgence : ……..
Téléphones : … / … / … / … / … … / … / … / … / …

Informations médicales

① Poids : …….. kg
② Type de handicap : …….. Nom du médecin traitant : ……..
Adresse : ……..
N° de tél. : ……

- ❑ Déficience Intellectuelle (QI) : ☐<35 ☐35<QI<55 ☐55<QI<75 ☐>75
- ❑ Maladie génétique ou chromosomique type
- ❑ Troubles délirant type
- ❑ Schizophrénie ou trouble schizotypique type
- ❑ Trouble de l'humeur, trouble affectif bipolaire ..... type
- ❑ Troubles du comportement, accès d'agitations ..... type
- ❑ Anxiété, émotivité, troubles obsessionnels type
- ❑ Syndrome dépressif type
- ❑ Trouble de l'alimentation type
- ❑ Trouble du sommeil type
- ❑ Trouble de la personnalité type
- ❑ Autisme ou syndrome autistique type
- ❑ Trouble hyperkinétique, trouble de conduite, tics ..... type
- ❑ Autre trouble mental type

③ Déficit sensoriel :

☐ Visuel : type ……..
port de lunettes ☐ de lentilles ☐

☐ Auditif : type ……

Appareillages ☐ oui non ☐

④ Antécédents médicaux :

- ❑ Epilepsie — type de crise
- ❑ Maladies cardio-vasculaires — type
- ❑ Asthme – autres affections respiratoires — type
- ❑ HTA — variation de tension habituelle :
- ❑ Trouble de la coagulation — type
- ❑ Maladie neurologique — type
- ❑ Maladie rénale — type
- ❑ Allergies — type
- ❑ Affections dermatologiques, — type
- ❑ Hernies — type
- ❑ Prothèse dentaire — type
- ❑ Problème orthopédique — type

⑤ Antécédents chirurgicaux :

Type

⑥ Antécédents traumatiques sportifs :

Type

⑦ Médication en cours :

Nom des médicaments	Posologie	Heures	Date de prescription

⑧ Allergies médicamenteuse connues :

Autre type d'allergie :

⑨ Vaccination Tétanos :
date du dernier rappel

⑩ Régime particulier :

Diabète : oui ❑ non ❑

Autre type :

Autres informations que vous jugez importantes : …….....
……
……
……

Joindre la photocopie : de la carte de sécurité sociale et de la mutuelle complémentaire.