



---

## FICHE D'INFORMATION MÉDICALE

---

**Nom:**

**Date de naissance :**

---

- Nom et numéro de téléphone du médecin de famille :

.....

- Nom et numéro de téléphone du pédiatre:

.....

- Qui devons-nous contacter en cas de besoin lorsque les parents ne sont pas disponibles?

Nom:.....

Tél:.....

- Votre enfant souffre-t-il d'une certaine maladie?  oui  non

- Si oui, lesquelles?  épilepsie  
 asthme  
 diabète  
 maladie cardiaque  
 autres:.....

Avez-vous des informations importantes sur l'approche de cette maladie?  oui  non

Si oui, lesquelles?

.....  
.....

- Votre enfant a-t-il une allergie ou une allergie médicamenteuse?  oui  non

Si oui, lesquelles?.....

- Votre enfant prend-il des médicaments?  oui  non

Si oui, veuillez remplir le cadre ci-dessous:

Nom du médicament	Dose	À quelle fréquence	À quelle heure	Raison

- Est-ce que des médicaments en cas de crise sont prescrits pour votre enfant (p. ex. Epipen, spray nasal en cas de crise ou de choc)?  oui  non

Si oui, veuillez remplir le cadre ci-dessous:

Nom du médicament d'urgence	Dose	Quand	Raison

- Je donne l'autorisation de faire appel au service des urgences d'az Glorieux en cas de crise ou d'accident  oui  non

*Lorsqu'une telle situation se produit, les parents sont immédiatement avisés par téléphone par un employé/responsable. La personne responsable accompagne l'enfant aux urgences, de préférence avec le(s) parent(s). En aucun cas, les médicaments (de crise) ne seront administrés par un employé du CAR Glorieux.*

- Y a-t-il certains points auxquels nous devrions porter attention pendant la thérapie et / ou les activités?  oui  non

Si oui, lesquelles? .....

*Le soussigné déclare que les données médicales données sont complètes et correctes et s'engage à signaler immédiatement les modifications au CAR Glorieux.*

BÉNÉFICIAIRE DE SOINS DE SANTÉ ou  
REPRÉSENTANT LÉGAL  
(Nom, signature, lieu, date)

MÉDECIN GÉNÉRALISTE ou MÉDECIN TRAITANT  
(Cachet, signature, lieu, date)