



Nom, prénom du stagiaire (MAJUSCULES) : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

Titre du stage : .....

➔ PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom : ..... Lien de parenté : ..... GSM .....

Nom : ..... Lien de parenté : ..... GSM .....

Nom : ..... Lien de parenté : ..... GSM .....

➔ Informations confidentielles concernant la santé du participant

● Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement des activités ? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, rhumatisme, affections cutanées...). Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou agir.

.....  
.....  
.....  
.....

● Le participant est-il en ordre de tétanos ? Oui ou non  
(Si votre enfant n'a pas reçu un rappel, ou n'a pas été vacciné les 5 dernières années, il est nécessaire que, selon le cas, il soit vacciné, ou reçoive un rappel avant le stage)

● Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? Oui ou non  
Si oui, lesquels ? .....  
Quelles en sont les conséquences ? .....

● Si un traitement est en cours, le participant est-il autonome dans la prise de ses médicaments ?  
.....  
.....

● Autres renseignements que vous jugez important pour le bon déroulement du stage :  
.....  
.....  
.....

▲ J'autorise le médecin référent à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale à défaut de pouvoir être contacté personnellement. Fait à ....., le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »