

INFORMATIONS MEDICALES MEDICAL INFORMATION

Enfant / Children

| | | | |
|--|---------------------------|--|---|
| Nom / Surname : | Prénom / Christian name : | Date de naissance / Date of Birth | Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Nom de l'assurance maladie et accident / Medical + accident insurance details | | | |
| <input type="checkbox"/> L'assurance du Pré-fleuri Swisscare / Préfleuri Insurance | | <input type="checkbox"/> Autre / Other | |

Anamnèse personnelle / Medical history

| | |
|--|--|
| Allergies / Allergies : | |
| <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes |
| | |
| | |
| Operations / Operations : | |
| <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes |
| | |
| | |
| Lesions antérieures / Former injuries : | |
| <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes |
| | |
| | |
| Traitement en cours / Treatment in progress | |
| <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes |
| | |
| | |
| Maladies / Illnesses : | Date du vaccin / Rappel - Last booster date |
| <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Oui / Yes | Varicelle / Chicken pox |
| |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Oui / Yes | Rougeole / Measles |
| |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Oui / Yes | Rubéole / German measles |
| |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Oui / Yes | Oreillon / Mumps |
| |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Oui / Yes | Scarlatine / Scarlet fever |
| |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Oui / Yes | Hépatite/ Hepatitis |
| |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Oui / Yes | Tétanos / Tetanus |
| |/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> Oui / Yes | Autre / Other |
| | |
| Remarque / Notice : | |
| <input type="checkbox"/> Non / No | <input type="checkbox"/> Oui / Yes |
| | |
| | |

Informations alimentaires / Dietary requirements

| | |
|--|-------|
| Regime alimentaire / Special diet : | |
| <input type="checkbox"/> Religion - Précisez / Religion | |
| <input type="checkbox"/> Allergies / Intolérance (fournir un certificat médical) Allergies (Provide a medical certificat) | |
| <input type="checkbox"/> Autre / Other | |