



Année : _____

FICHE MÉDICALE DE L'ENFANT HANDICAPÉ(E)

Téléchargez cette fiche, complétez-la (dans Acrobat Writer), enregistrez-la, imprimez-la et renvoyez-la à :
Association Les Enfants d'abord, Les Enfants à bord
À l'attention du médecin
32, rue Domer - 69007 Lyon

Nom :		
Prénom :		
Adresse :		
Code postal :	Ville :	
Date de naissance :	Lieu :	
Information sur votre handicap OU pathologie :		
Suivez-vous un traitement médical ? ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lequel ? (Nom du / des médicaments, posologie...)		
Avez-vous besoin de soins infirmiers pendant le Jumbo ? ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous besoin de séances de kiné pendant le Jumbo ? ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Êtes-vous en fauteuil roulant manuel ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Êtes-vous en fauteuil roulant électrique ? ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Coordonnées de votre
médecin habituel

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal :

Téléphone :

Ville :

Avez-vous une mutuelle ? Si oui, laquelle ?

Je vous remercie de bien vouloir noter les coordonnées de deux personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom, Prénom	Lien de parenté	Téléphone

(1) Joindre un certificat médical.

(2) Les fauteuils roulants électriques ne sont pas recommandés pour le Jumbo.