



QUESTIONNAIRE SANTE – STAGE D’ETE NAHG

Du 10 juillet 2017 au 15 juillet 2017

REFERENCES

Nom / Prénom :Date de Naissance.....

Adresse domicile.....

Tel domicileTel Bureau/Portable.....

INFORMATIONS MEDICALES

Avez-vous vous déjà eu ces maladies,

Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pharyngite chron.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sinusite chron.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres (précisez)		

Informations médicales spéciales devant être connues (chirurgies, prothèses, diabète, épilepsie, pacemaker....)

.....
.....

ALLERGIES (Précisez)

- Allergie aux chats / chiens / poils d’animaux :.....
- Allergie au pollen / poussière / asthme :.....
- Allergie alimentaire :.....
- Autres allergies :.....

Etes-vous sous traitement en ce moment Oui Non Si oui, lequel ?

(dans tous les cas, joindre la prescription médicale)

Les allergies alimentaires (déclarées médicalement / avec traitement) :

Attention pour toutes allergies dangereuses, veuillez joindre un certificat médical

.....
.....

Interdiction de manger (si allergie déclarée) :

Autorisation de manger (si allergie déclarée) :



QUESTIONNAIRE SANTE – STAGE D’ETE NAHG

Du 10 juillet 2017 au 15 juillet 2017

AUTRES INFORMATIONS (Merci de noter tout ce que nous devons savoir concernant l’ état de santé de la personne concernée)

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

Par la signature de ce formulaire, vous acceptez pour la personne concernée, tout examen, traitement, hospitalisation, anesthésie, chirurgie ou acte nécessaire en cas de maladie, accident ou malaise survenant à tout moment pendant le stage.

Par la présente, j’atteste que les informations données sont exactes, que la personne concernée par ce questionnaire n’est affectée par aucune maladie contagieuse et son état de santé n’est pas contraire au stage et aux activités prévues ou à prévoir. Le NAHG ne saurait être tenu responsable de tout oubli ou fausse déclaration sur ce questionnaire.

Date :

Nom et Prénom des parents ou
tuteur légal

Signature des parents ou tuteur légal

.....

En complément de ce document, vous devrez fournir copies des feuillets vaccinations du carnet de santé.