

FICHE MÉDICALE

AVENTURE AU PAYS DES CARIBOUS



Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Pays : _____
Code Postal : _____
Téléphone : rés : _____ Autre : _____

Pour les enfants d'âge mineur :

Nom du père : _____ Tél. rés : _____ Autre : _____
Nom de la mère : _____ Tél. rés : _____ Autre : _____

Date de naissance : _____ Numéro Ass-maladie _____

Intolérances alimentaires – poisson, poulet, autres : _____

Souffrez-vous de maladies ou d'allergies (insectes, sapin, etc.)? Veuillez nous donner des détails :

Prenez-vous des médicaments ? oui non

Si oui, lesquels, la quantité et la fréquence :

Signature :

Ou

Signature du parent ou du tuteur : _____

Date : _____

