



## Questionnaire **MEDICAL**

CE QUESTIONNAIRE RESTERA CONFIDENTIEL ET NE SERA LU QUE PAR LES PERSONNES ENCADRANT LA TOURNEE

*IL NE SERA COMMUNIQUE QU'EN CAS DE NECESSITE*

Nom : .....Prénom : .....  
Date de naissance .....  
Ville..... (pays) : .....  
Personnes à prévenir en cas  
d'urgence:.....  
Tel/fixe : .....Tel/portable:.....

Etes vous à jour dans vos vaccins BCG, DTP,... :

Oui - Non

**Avez-vous des allergies spéciales :** Oui - Non

Si Oui :

- allergies aux produits iodés ? Oui - Non  
- allergies aux produits cortisoniques ? Oui - Non  
- allergies autres (précisez) ? Oui - Non

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

**Etes-vous sujet à l'hypoglycémie ?** Oui - Non

Si Oui, précisez comment vous vous soignez en cas de crises.

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

**Avez-vous des soins médicamenteux curatifs ?**

Oui - Non

Si Oui, précisez quel type de traitement avec si possible le nom du médicament et la fréquence.

.....  
.....

En cas de nécessité d'hospitalisation, y-a-t-il d'autres informations qu'il faut communiquer aux services médicaux ? (groupe sanguin, etc..)

.....  
.....

Quels sont les renseignements qu'il vous paraît intéressant de nous communiquer ?

.....  
.....

Merci, nous espérons vivement ne jamais avoir besoin de ce document. Dans tous les cas, il serait préférable de vous munir de votre carnet de santé.

Association PRISMA SOLIDEO, Le Trambly 03260 Saint Félix

[www.solideofrance.fr](http://www.solideofrance.fr)