

INFORMATIONS MEDICALES CONFIDENTIELLES CONFIDENTIAL MEDICAL INFORMATION

Nom / Prénom – Last name/ First name:

Adresse – Address :

Date de Naissance – Date of birth :

Tél. domicile – Home phone :

E.mail des parents – Parents' email :

Groupe sanguin - Blood group :

Votre enfant a-t-il été blessé gravement ces 12 derniers mois ? Oui Non
Has your child suffered any serious injury in the last 12 months ? Yes No

Si oui, précisez – If yes, detail :

Votre enfant a-t-il été hospitalisé ces 12 derniers mois ? Oui Non
Has your child been hospitalised in the last 12 months ? Yes No

Si oui, précisez – If yes, detail :

Votre enfant a-t-il des restrictions médicales concernant certaines activités ? Oui Non
Should any restrictions be placed on your child's participation in activities ? Yes No

Si oui, lesquelles. Merci de nous faire parvenir un certificat médical – If yes, provide details and medical certificate

Si votre enfant devait nager une distance de 50 mètres – Can your child swim 50 metres :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Il ne pourrait pas – <i>Cannot swim</i> | <input type="checkbox"/> Il aurait des difficultés – <i>with a struggle</i> |
| <input type="checkbox"/> Il serait à l'aise - <i>Comfortably</i> | <input type="checkbox"/> Il le ferait sans aucun effort - <i>Strongly</i> |

Votre enfant a-t-il un des problèmes de santé suivants ? - Does your child have any of the following conditions ?

- | | | |
|--|---|--|
| - Diabète* - <i>Diabetes</i> | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non – <i>No</i> |
| - Asthme* - <i>Asthma</i> | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non – <i>No</i> |
| - Anaphylaxie | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non – <i>No</i> |
| - EpiPen : | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non – <i>No</i> |
| - Autre médication - <i>Other medication</i> : | Dose : Type : | |

Si Oui, merci de donner la copie de la fiche information relative à l'utilisation de l'auto-injecteur. Possibilité de déposer un auto-injecteur à l'Infirmierie. - If yes, to any above, please attach a copy of your child's management/action plan.

- | | | |
|--|---|--|
| - Hémophilie - <i>Haemophilia</i> | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non – <i>No</i> |
| - Hemophilus Influenza type B – <i>Hiberix</i> | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non – <i>No</i> |

- | | | |
|--|---|--|
| - Epilepsie - <i>Epilepsy</i> | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non - <i>No</i> |
| - Problèmes de cœur - <i>Heart problems</i> | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non - <i>No</i> |
| - Migraines – <i>Migraine headaches</i> | <input type="checkbox"/> Oui – <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non - <i>No</i> |
| - Pertes de conscience/vertiges/syncopes- <i>Blackouts/dissy spells/fainting</i> | <input type="checkbox"/> Oui – <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non - <i>No</i> |

- | | | |
|--|---|--|
| - Problèmes osseux,/Douleurs et troubles articulaires et musculaires
<i>Bone /Joint/Muscle conditions</i> | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non – <i>No</i> |
|--|---|--|

- | | | |
|--|---|--|
| - Somnambulisme - <i>Sleepwalking</i> | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non - <i>No</i> |
| - Troubles du comportements et de l'apprentissage
<i>Behavioural/learning disorders</i> | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non – <i>No</i> |

Autres – Others :

Si oui, précisez – If yes, detail :

*** Merci de nous fournir les différents documents concernant son traitement médical.**

** Please provide any medical documents relating to the above, including action plans*

A-t-il été vacciné contre les maladies suivantes ? Has your child been immunised for the following diseases?

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| - Tuberculose - <i>Tuberculosis</i> | <input type="checkbox"/> Oui - <i>Yes</i> | <input type="checkbox"/> Non – <i>No</i> |
|-------------------------------------|---|--|

- Diphtérie /Rougeole /Oreillons- Priorix Oui - Yes Non - No
Diphtheria/ Mumps /Measles s- Priorix
- Rubéole - Rubella Oui - Yes Non - No
- Varicelle – Chicken pox Oui - Yes Non - No
- Tétanos - Tetanus Oui - Yes Non - No
- Hépatites B - Hepatitis B Oui - Yes Non - No
- Polio - Polio Oui - Yes Non - No
- Autres – Others :

Suit-il un régime alimentaire spécial ? Does your child have special dietary requirements ?

- Diabète - Diabetes Oui - Yes Non - No
- Vegetarien - Vegetarian Oui - Yes Non - No

Autres : Others :

Si oui, lequel ? If yes, please detail:

.....

.....

Souffre t-il d'allergies ? Does your child have any allergies?

- Penicilline – Penicillin Oui - Yes Non - No
- Eczéma - Eczema Oui - Yes Non - No
- Rhume des foins – Hay fever Oui - Yes Non - No
- Alimentaire - Food Oui - Yes Non - No

Autres : Others :

Suit-il un traitement actuel ? Is your child currently on any medications?

- Oui – Yes Non – No

Si oui, lequel ? If yes, please detail:

.....

.....

Je/Nous, soussigné(s)....., représentant(s) légal(aux), déclare(ons) exact les renseignements portés sur cette fiche.

I/we was/were undersigned, legal representative(s), declare(s) exact the information concerned this form.

Je/Nous autorise(ons) non/notre enfant à participer à toutes excursions, évènements sportifs et voyages qui seraient organisés dans le cadre du programme scolaire durant l'année

We give permission for our child to take part in all excursions, sporting events and field trips that are conducted as part of the academic program during the year

- Oui - Yes Non - No

Si le professeur, la famille ou un responsable de CIVEL est dans l'incapacité de me/nous contacter par téléphone en cas d'urgences médicales, je/nous autorise(ons) le professeur, la famille ou un responsable de CIVEL à

If the teacher, the family or a CIVEL leader is unable to contact me in case of medical emergency, we authorise him or her in charge to:

1) Donner son consentement pour que mon/notre enfant puisse recevoir le traitement jugé nécessaire par le médecin Oui - Yes Non - No

Consent to my child receiving medical treatment as deemed necessary by the medical practitioner

2) Administer les premiers secours comme il le juge nécessaire Oui - Yes Non - No Administer first aid as the teacher in charge deems to be necessary

Fait à, le

Signed at:

Signature(s) :



Centre International de Voyages et d'Echanges Linguistiques

1, rue des Petites Sœurs 69003 Lyon Tél. : 00 32 478 42 47 00

f.ceulemans@civel.asso.fr / www.civel.asso.fr

Numéro d'agrément du Ministère de la Jeunesse et des Sports : J69.07.0173

Agrément tourisme AG-069-07-0001 / Association loi 1901