

Attestation médicale

Questionnaire confidentiel à faire remplir par le médecin traitant de votre enfant et à renvoyer à la Fondation Sportsmile, Case postale 2327, 1260 Nyon 2.

Nom de l'enfant:

.....

Prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :

.....

Sexe : F / M (entourez ce qui convient)

Médecin traitant :

.....

Adresse :

.....

N° postal :

.....

Localité :

.....

Pays :

Tél. cabinet:

Tél. portable :

.....

Fax :

.....

E-mail :

.....

Maladie chronique/ problèmes de santé de l'enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allergies :

.....

.....

Médicaments à prendre régulièrement :

.....

.....

Médicaments en réserve :

.....
.....

Dernier vaccin contre le tétanos :

Date des dernières mesures :.....de

poids :..... taille :.....

IMC (poids en kg / taille en m au carré) :Percentile :

Pour les enfants en surpoids : tour de taille :

.....

tour de hanches :

.....

L'enfant participe-t-il aux cours d'éducation physique à l'école ? OUI NON

Si non, pour quelles raisons ?

.....
.....

L'enfant souffre-t-il de problèmes orthopédiques qui limitent son activité physique ?

OUI NON

Si oui, lesquels :

.....
.....

L'enfant souffre-t-il d'asthme d'effort ?

OUI NON

Si oui, quel est son traitement ?

.....
.....

L'enfant est-il autorisé à aller à la piscine ?..... OUI NON

L'enfant est-il autorisé à mettre la tête sous l'eau ? OUI NON

L'enfant est-il autorisé à plonger ? OUI NON

Précautions particulières / activités contre-indiquées:

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

Des examens médicaux périodiques sont-ils nécessaires ? OUI NON

Si oui, à quels intervalles :mois

Remarques :

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

Lieu et date :

Signature du médecin traitant:

Timbre du médecin :

