

## Information santé

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire médical individuel, afin d'assurer votre sécurité ou celle de votre enfant durant les sorties ou les entraînements. Les informations médicales figurant dans le questionnaire seront mises à portées de connaissance des moniteurs et resteront confidentielles.

Participant	Participant
Prénom	First name
Nom	Last name
Date de naissance	Date of birth
Sexe	Gender
Répondant legal	Legal representant
Prénom	First name
Nom	Last name
Numéro de mobile	Mobile number
Numéro professionnel	Work number
Autre personne	
Prénom	First name
Nom	Last name
Numéro de mobile	Mobile number
Numéro professionnel	Work number
Groupe sanguin	Blood Group
Maladies	Diseases
Asthme	Asthma
Diabète	Diabetes
Autres	Others
Traitement médical	Medical treatment
Allergies	Allergies
Aliments	Food
Insectes	Insects
Plantes	Plants
Autres	Others
Médecin traitant	Doctor
Prénom	First name
Nom	Last name
Numéro professionnel	Work number
Assurance	Insurance
Compagnie	Company
Numéro d'assuré	Insurance number