

## Medical Card / Medische kaart/ Fiche Médicale



Name / (Naam, voornaam (in drukletters) / Nom, Prénom(s):

.....

Address/(Adres/Adresse):

.....

Tel No / (Telefoonnummer /Numéro de tél) : .....

Date of Birth / (Geboortedatum /Date de naissance): ...../...../.....

Your name in full / (Uw naam, voornaam (in drukletters) / Votre nom, Prénom(s) : .....

	YES	NO
<b>PREVIOUS MEDICAL HISTORY/GENEESKUNDIG VERLEDEN/ ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX</b>		
Previous injuries/Vroegere verwondingen/Blessures Précédentes	YES	NO
Previous surgical operations/Vroegere heelkundige ingrepen/Interventions chirurgicales	YES	NO
Epilepsie/Epilepsie/Epilepsie	YES	NO
Other(including renal)/Andere (waaronder nieren)/Autres (y compris reins)	YES	NO
Diabetes/Diabetes/Diabète	YES	NO
Allergies/Allergiën/Allergies	YES	NO
Blood group (if known)/Bloedgroep (als bekend)/Groupe sanguin (si connu)	YES	NO
Date of last tetanus immunisation / Datum laatste tetanus-vaccinatie / Date du dernier vaccin contre le tétanos) ...../...../.....	YES	NO
Supplementary information/Bijkomende informatie/Informations Complémentaires	YES	NO

**Durant cette période :**

- Je le/la place sous la garde de ses encadrants.
- Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.
- Au cas où son état de santé réclamait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en fonction de la gravité de la situation.

**“During the above-mentioned period:**

- She/He will be under the authority and responsibility of his/her staff.
- I agree that only the drugs listed on the medical card may be given, exclusively when required.
- Should her health require an urgent decision and I cannot be reached personally, then I grant the doctor or surgeon the right to take that required decision.”

**Signature/Handtekening/Signature**

---