



FICHE DE SANTE 2017

LE PARTICIPANT

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
NUMERO REGISTRE NATIONAL :
NOM DU CHEF DE FAMILLE (responsable de l'enfant):
ADRESSE :
TEL PRIVE : TEL TRAVAIL et/ou GSM :
PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A REPENDRE L'ENFANT :

LIEUX DE VIE

Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille / Institution / Grands-parents
Personne à contacter en cas d'urgence ?

Nom : Tel : lien de parenté :
Nom : Tel : lien de parenté :
Nom : Tel : lien de parenté :

Type d'enseignement suivi : Général / Spécialisé Année scolaire :
Langue maternelle ?

LOISIRS

Activités/sports que l'enfant ne pourrait pas pratiquer ?.....
.....
Peut-il pratiquer la natation ?.....
Sait-il/elle nager ?

SOMMEIL/REPAS

Votre enfant fait-il encore la sieste ? **Oui / Non**
Est-il propre ? **Oui / Non** **Si non, merci de prévoir des langes et des vêtements de rechange.**
Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? **Oui / Non**
Si oui, lesquels ?.....
A-t-il un régime particulier à suivre ? **Oui / Non**
Si oui, lequel?.....

SANTE

Nom et téléphone du médecin traitant :
Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? **Oui / Non**
Groupe sanguin :

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	Oui	Non	Si oui, quel est son traitement habituel, comment réagit-il ? Quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire.
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Incontinence			
Maladie Contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignement de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de route			
Autres			

Si un traitement doit être administré à l'enfant, il ne peut l'être que sur base d'une **attestation écrite** de la part de la personne responsable de l'enfant ou mieux, du médecin traitant.

Les parents (ou personnes responsables) veilleront, dans ce cas, à inscrire sur la boîte du médicament, les nom et prénom de l'enfant ainsi que la posologie.

- *A-t-il subi une maladie ou intervention grave ? **Oui / Non***

Si oui, laquelle ?.....

- *Est-il allergique ? **Oui / Non***

A certains produits alimentaires ?.....

A certains médicaments ?.....

*Au soleil ? **Oui / Non***

*A d'autres choses ? **Oui / Non***

Si oui, quelles précautions faut-il prendre ?.....

- *A-t-il des difficultés sensorielles particulières ? **Oui / Non***

- *Porte-t-il des lunettes ? **Oui / Non***

- *Porte-t-il un appareil auditif ? **Oui / Non***

- *Souffre-t-il d'un handicap ? **Oui / Non***

Si oui, lequel ?

*A-t-il été vacciné contre le tétanos ? **Oui / Non***

- *Autres remarques utiles à formuler concernant la participation de l'enfant à une plaine de vacances ?*

J'accepte la parution de photos de mon enfant dans les publications communales : **Oui / Non**

NOM DU SIGNATAIRE ET FONCTION (TUTEUR, PARENT...) :

DATE DE SIGNATURE :

SIGNATURE POUR ACCORD DES PARENTS OU DU RESPONSABLE :