Fiche santé

Fiche santé

|  |
| --- |
| 1LE PARTICIPANT :  |

Nom : ...................................... Prénom : .................................... Date de naissance :.....................................

Nom du chef de famille : ................................................................................................................................... Adresse : ...............................................................................................................................................................

Tél. privé : ………………………….. tél. travail ou gsm :……………………………………………………………………………………….

Email : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| 2 LIEUX DE VIE :  |

Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille / Institution / Grands-parents  Personne à contacter en cas d'urgence pendant le centre de vacances

1. Nom : ………………………………….. Tél. : …………………………………… Lien de parenté :…………………………………
2. Nom : ………………………………….. Tél. : …………………………………… Lien de parenté : ……………………………….
3. Nom : ………………………………….. Tél. : …………………………………….Lien de parenté : ……………………………….

 Type d'enseignement suivi : général / spécialisé Année scolaire : ....................................................... A-t-il/elle des frères ou sœurs ? Oui / Non si oui, combien ?.............................................................

 Participe(nt)-t-il(s) à la Plaine de jeux aussi ?.............................................................................................

 Quelle est sa langue usuelle ? ……………………………………………………………………………………………………………………..

3

LOISIRS :

Quels sont ses loisirs favoris ? ........................................................................................................................ Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer ?

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

Peut-il/elle pratiquer la natation ? Oui / Non

Sait-il/elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout

A-t-il/elle déjà participé à la Plaine de jeux? Oui / Non

4

SOMMEIL/REPAS :

 Y a-t-il des aliments qu’il/elle ne peut pas manger, allergie particulière ? Oui / Non

Si oui, lesquels ? ...................................................................................................................................................

* 1. t-il/elle un régime particulier à suivre ? Oui / Non

Si oui, lequel ? ......................................................................................................................................................

L’enfant fait-il encore une sieste ? Oui / Non :

Remarques particulières : …………………………………………………………………………………………………………………………….

5

SANTE :

Nom du médecin traitant et téléphone : .......................................................................................................

Etat de santé actuel du participant : TB / B / Moyen

Suit-il/elle un traitement médical actuellement et lequel ? ………………………………………………………………..

Groupe sanguin : .....................

Quel est son poids ? ............................................... sa taille ? ........................................................

L’enfant a-t-il été infecté par COVID-19 ? Oui / Non

L’enfant a-t-il été en contact avec une personne infectée par le COVID-19 ? Oui / Non

Fiche santé

|  |
| --- |
| 6 INFORMATIONS MEDICALES :  |

Le participant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Si OUI, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ?Merci de compléter si nécessaire ! |
|  | Oui | Non |
| Diabète |  |  |  |
| Epilepsie |  |  |  |
| Incontinence |  |  |  |
| Maladie contagieuse |  |  |  |
| Asthme |  |  |  |
| Sinusite |  |  |  |
| Bronchite |  |  |  |
| Saignements de nez |  |  |  |
| Maux de tête |  |  |  |
| Maux de ventre |  |  |  |
| Coups de soleil |  |  |  |
| Constipation |  |  |  |
| Diarrhée |  |  |  |
| Vomissements |  |  |  |
| Mal des transports |  |  |  |
| Autres |  |  |  |

A-t-il/elle subi une intervention grave ? Oui / Non

Si oui, quand et laquelle ? ..................................................................................................................................

Est-il/elle allergique à certains produits alimentaires ? Oui / Non Si oui, lesquels ? ...................................................................................................................................................................................

Au soleil ? Oui / Non Si oui, quelles précautions prendre ?..................................................................... A d'autres choses ? Oui / Non Si oui, à quoi ? ..........................................................................................

A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :……………………………………………………………………………..

Porte-t-il/elle des lunettes ? Oui / Non Si oui, quelle dioptrie ? ......................................................... Porte-t-il/elle un appareil auditif ? Oui / Non

Souffre-t-il/elle d'un handicap ? Oui / Non Si oui, lequel ? ..................................................................

A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? Oui / Non

Date de la première injection : ................................. Date du dernier rappel : ........................................

Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à la Plaine de jeux ? ...................................................................................................................................................................................

**En cas d'urgence et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du centre à prendre toute mesure médicale concernant le participant qui s’avérerait nécessaire (opération, traitement médical,...).**

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur,...) : ..................................................................................................

Date de signature : ............................................................................................................................................................

Signature des parents ou du responsable :