

Fiche Santé

STAGES SPORTIFS

À RENDRE OBLIGATOIREMENT AU PLUS TARD LE 1ER JOUR DE STAGE DE L'ENFANT.

NOM:..... PRENOM:.....

Date de naissance :

NOM DU CHEF DE FAMILLE :

ADRESSE :

.....

TEL privé :

Personne à contacter en cas d'urgence pendant les heures d'ouverture du Centre de vacances :

1. Nom : Téléphone : Lien de parenté :

LOISIRS

Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pratiquer ?.....

Peut-il/elle pratiquer la natation ? oui/non

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

SANTÉ

INFORMATIONS MEDICALES :

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

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

A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? Oui/non

Si oui, quand et laquelle ?

Est-il/elle allergique :

A certains produits alimentaires ? oui/non - Si oui lesquels ?.....

A certains médicaments ? oui/non - Si oui lesquels ?.....

Au soleil? Oui/non – Si oui, quelles précautions particulières prendre ?

A d'autres choses ? oui/ non – Si oui, à quoi ?

Votre fille est-elle réglée? Oui/non

Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? oui/non

Si oui, lesquels, quand et pourquoi ?.....

.....

.....

.....

Si oui, le moniteur est-il autorisé à lui administrer selon les posologies indiquées ? oui / non

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

Porte-t-il des lunettes ? oui/non Porte-t-il 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 rappel :

Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre de vacances ?

RETOUR DE L'ENFANT :

Avec qui l'enfant est-il censé rentrer ? (Veuillez renseigner tous les adultes avec lesquels votre enfant sera susceptible de repartir du stage, en fin de journée, ainsi que le lien de parenté ou de connaissance).

1).....

2).....

3)

Les informations fournies dans cette "Fiche Santé" sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document. 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 l'enfant qui s'avérerait nécessaires (opération, traitement médical ...)

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur,)

Date de signature :

Signature des parents ou du responsable :

