

Fiche Santé

FICHE SANTE

1 LE PARTICIPANT :



- ▶ Nom : Prénom : Date de naissance :
- ▶ Nom du chef de famille :
- ▶ Adresse :
- ▶ Tél. privé : Tél. travail ou gsm (le cas échéant) :

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 ?
- ▶ 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
- ▶ Sait-il/elle rouler à vélo ? oui / non
- ▶ A-t-il/elle déjà participé à un centre de vacances ? oui / non Si oui, où et quand ?

4 SOMMEIL/REPAS :



- ▶ A-t-il/elle une habitude particulière avant de se coucher/pendant la nuit ?
- ▶ Faut-il le/la réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ?
- ▶ Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? oui / non Si oui, lesquels ?
- ▶ A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui / non Si oui, lesquels ?
- ▶ Est-il végétarien/végétalien ? oui / non

5 SANTE :



- ▶ Nom du médecin traitant et téléphone :
- ▶ Etat de santé actuel du participant : TB / B / Moyen
- ▶ Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? oui / non
- ▶ Groupe sanguin :
- ▶ Quel est son poids ? sa taille ? sa pointure ?



6 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			
Somnambulisme			
Insomnie			
Incontinence			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de route			
Autres			

- 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, le(s)quel(s), quand et pourquoi ?
- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :
Porte-t-il des lunettes ? oui / non Si oui, quelle dioptrie ?
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 dernier rappel :
- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre de vacances ?
.....

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

Date de signature :

Signature des parents ou du responsable :