

FICHE SANTE

Document à renvoyer au plus tard pour le 05/05/2019

Nous sommes soucieux d'offrir à votre enfant un encadrement de qualité. A cette fin, nous vous demandons de bien vouloir remplir cette fiche. Grâce à ces renseignements, nous connaîtrons mieux votre enfant et lui assurerons un encadrement adapté pour un stage agréable et sans soucis.

▪ **Participant :**

Nom : Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

▪ **Santé**

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

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

A-t-il/elle subi une intervention grave ? **OUI - NON**

Si oui, quand et laquelle ?

Le participant souffre-t-il (régulièrement ou occasionnellement) de certains problèmes de santé ?

Diabète - Epilepsie - Asthme - Allergie - Maladie cardiaque - Saignements de nez - affection de la peau - Coups de soleil - maux de ventre - bronchite -

Autres :

Si oui, quel est son traitement (ou précautions particulières) ?.....

.....

Est-il / elle allergique :

à certains produits alimentaires ? **OUI - NON** Si oui, lesquels ?.....

à certains médicaments ? **OUI - NON** Si oui, lesquels ?.....

à d'autres choses ? **OUI - NON** A quoi ?

- Devra-t-il / elle prendre des médicaments pendant la journée ? **OUI – NON**

Si **OUI**, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- Maladies Antérieures : Entourez les maladies faites par votre enfant :

Rougeole - coqueluche - oreillons - diphtérie - scarlatine - rubéole - varicelle - bronchite - asthme - otite - angine - rhume des foies - eczéma - albumine dans les urines.

- Dates des vaccinations :

DIPHTERIE :

POLIOMYELITE :

TETANOS :

MENINGOCOQUE C :

ROUGEOLE :

- Groupe Sanguin :

- Intervention en cas d'urgence :

J'autorise les médecins et le personnel hospitalier :

- à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, d'accident, ou de problèmes de santé pouvant survenir lors du séjour **OUI - NON**

- à pratiquer en urgence une intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie générale sur mon enfant **OUI - NON**

- à effectuer une transfusion sanguine en cas de nécessité **OUI - NON**

- Avez-vous d'autres renseignements utiles à transmettre au responsable du stage ?.....

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

Je soussigné (nom et prénom du parent responsable) reconnaît que les informations fournies dans cette fiche sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits n'ayant pas été annotés dans ce document.

Date :

Signature :