



FICHE SANTE



PRÉNOM et NOM de l'enfant :

LIEU et DATE DE NAISSANCE :

PRÉNOM, NOM et ADRESSE du débiteur des frais de gardes (déductions fiscales) :

.....

.....

.....

TELEPHONE :

Personne à contacter en cas d'urgence :

NomLien de parentéTéléphone.....

NomLien de parentéTéléphone.....

NomLien de parentéTéléphone.....

Nom et n° de téléphone de votre médecin de famille :

De combien de personne est composé le foyer de l'enfant?

Où l'enfant vit habituellement ? famille / famille d'accueil / grands-parents / institution / autre :

L'enfant peut-il participer à toutes les activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation...)

.....

Raisons d'une éventuelle non-participation :

.....

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

A-t-il/elle peur de l'eau ? Oui / Non

Poids et taille de l'enfant :kg etcm

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité? (ex. : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...). Indiquez aussi la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....

.....

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par l'enfant? (+année) (rougeole, appendicite...)

.....
L'enfant est-il vacciné contre le tétanos ? Oui / Non / En quelle année ?

L'enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? Si oui, lesquels

.....
.....
Quelles en sont les conséquences ?

.....
.....
L'enfant doit-il suivre un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? Spécifiez

.....
.....
Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...)

.....
L'enfant doit-il prendre des médicaments ? Si oui, lesquels, en quelle quantité et quand ?

.....
Est-il autonome dans la prise de ses médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les enfants)

.....
Quel est le groupe sanguin de votre enfant :

Remarque importante concernant l'usage de médicaments

Les accueillantes disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient. Du paracétamol ; du désinfectant; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes. En cas d'urgence, les parents seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur consentement.

Le cadre d'utilisation de ces informations

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs et le cas échéant par les prestataires de santé consultés.

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le séjour de mon enfant par les accueillantes extrascolaires ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

Date et signature :

Autorisations parentales

Autorisation de photos :

J'autorise l'équipe à prendre en photo mon enfant à des fins publicitaires.

OUI NON

Autorisation de transport et de sorties :

J'autorise les déplacements de mon enfant dans et en dehors de l'entité. (bus communaux, à pied,...)

OUI NON

Veillez indiquer le nom et le lien de parenté de la/les personne(s) qui viendra/ont chercher votre enfant à la fin des animations :

.....

.....

.....

Règlement d'Ordre Intérieur

Je soussigné,.....,
parent de..... déclare avoir pris connaissance de l'ensemble du Règlement d'Ordre Intérieur et en accepte toutes les conditions.

Fait à, le

Signature