



Fiche médicale du Participant

Fédération nationale des patros

Rue de l'hôpital, 17 – 6060 Gilly – Tel : 071/41.20.26 – Fax : 071/42.04.53

Collez ici partiellement deux vignettes de Mutuelle
de votre enfant
INDISPENSABLE

Pour mieux connaître votre enfant

Grâce à vos renseignements, nous pourrons offrir une animation adaptée à votre enfant, à ses rythmes, à sa santé et éviter les risques inutiles. C'est pourquoi nous vous prions de remplir avec précision cette fiche pour des vacances réussies.

Régionale de Verviers

Patro de Thimister-Clermont « Ouvre les yeux »

Année 2014-2015

Identité de l'enfant :

Prénoms : Nom :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Localité :

Personne à contacter d'urgence:

Prénoms : Nom :
Lien de parenté :
Adresse :
Code postal : Localité :
Téléphone privé : Téléphone au travail :
GSM :

Lieu de vie :

Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille – Institution – Grands-parents ⁽¹⁾

1. Nom : Tél : Lien de parenté :
2. Nom : Tél : Lien de parenté :
3. Nom : Tél : Lien de parenté :
Type d'enseignement suivi : Année scolaire :
A-t-il/elle des frères ou sœur : Oui/Non ⁽¹⁾ Si oui, combien ?
Quelle est sa langue usuelle ?

⁽¹⁾ Biffer les mentions inutiles

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 ⁽¹⁾

Sait-il/elle nager ? Très bien – Bien – Moyen – Difficilement – Pas du tout ⁽¹⁾

Sait-il/elle rouler à vélo ? Oui/Non

A-t-il/elle déjà participé ? - à un séjour : Oui/Non ⁽¹⁾

Si oui, où et quand ?

- à un camp d'une autre organisation : Oui/Non ⁽¹⁾

Si oui, où et quand ?

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 ? Oui/Non ⁽¹⁾

Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? Oui/Non ⁽¹⁾ Si oui, lesquels ?

A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? Oui/Non ⁽¹⁾ Si oui, lequel :

Est-il/elle végétarien/végétalien ⁽¹⁾ ? Oui/Non ⁽¹⁾

Données médicales :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Code postal : Localité :

Tél :

Groupe sanguin de l'enfant : Taille : Poids : Pointure :

Est-il/elle soignée par homéopathie ? : Oui/Non ⁽¹⁾

Quel est son état de santé actuel ? : Très bon – Bon – Moyen ⁽¹⁾

Votre fille est-elle déjà réglée ? Oui/Non ⁽¹⁾

Votre enfant se lave-t-il tout seul ? Oui/Non ⁽¹⁾

Est-il/elle sensible aux refroidissements ? : Oui/Non ⁽¹⁾

Est-il/elle vite fatigué(e) ? : Oui/Non ⁽¹⁾

A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? Oui/Non ⁽¹⁾

Si oui, quand et laquelle ?

Est-il/elle allergique ou sensible :

à certains produits alimentaires ? Oui/Non ⁽¹⁾ Si oui, lesquels ?

à certains médicaments ? Oui/Non ⁽¹⁾ Si oui, lesquels ? (**nom précis !**)

au soleil ? Oui/Non ⁽¹⁾ Si oui, quelles précautions prendre ?

à d'autres choses ? Oui/Non ⁽¹⁾ A quoi ?

⁽¹⁾ Biffer les mentions inutiles

Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? Oui/Non ⁽¹⁾

Si oui, lesquels, quand et pourquoi ?

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

Porte-t-il/elle des lunettes ? Oui/Non ⁽¹⁾ Si oui, quelle dioptrie :

Porte-t-il-elle un appareil auditif ? Oui/Non ⁽¹⁾

Autres ?

Est-il/elle vacciné contre le tétanos ? Oui/Non ⁽¹⁾ Date de la première injection ? :

Date du dernier rappel ⁽²⁾ :

Souffre-t-il/elle d'un handicap ? Oui/Non ⁽¹⁾ Si oui, lequel ?

Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation au camp ?

Souffre-t-il/elle régulièrement ou de manière permanente de :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Insomnie |
| <input type="checkbox"/> Affection de la peau | <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> Asthme |
| <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Maladie contagieuse | <input type="checkbox"/> Saignement de nez |
| <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Coups de soleil |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Maux de ventre | <input type="checkbox"/> Vomissement |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Mal de route ou mer | <input type="checkbox"/> Epilepsie | |

Pour les affections retenues, merci d'indiquer comment réagir, quel est le traitement habituel et quelles sont les précautions particulières à prendre :

.....

À remplir par le chef de famille :

Les informations contenues dans cette « fiche santé » sont réputées exactes et complètes

L'organisateur ne sera aucunement incriminé pour des faits ou éléments, n'ayant pas été annotés dans ce document.

Je soussigné donne procuration au responsable pour prendre en mon nom, s'il n'a pu me contacter, les mesures médicales qui s'avèreraient nécessaires.

Nom et prénoms du signataire :

Père –Mère –Tuteur ⁽¹⁾

Pour l'année : Fait à Le Signature

Pour le camp : Fait à Le Signature

⁽¹⁾ Biffer les mentions inutiles

⁽²⁾ Si votre enfant n'a pas eu de rappel anti-tétanique ou qu'il n'a pas été vacciné dans les cinq dernières années, il est nécessaire qu'il soit en ordre de vaccination avant le camp !