



Fiche santé (obligatoire et une par enfant)

A ne remplir que si vous n'avez jamais rempli cette fiche, ou s'il y a un changement (ex : nouvelle vaccination tétanos, opération ou allergie récente, etc.)

NOM et prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../20.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

NOM : Lien de parenté : Tél :/.....

NOM : Lien de parenté : Tél :/.....

NOM : Lien de parenté : Tél :/.....

NOM et N° de téléphone du médecin traitant :

.....

Votre enfant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation, ...)

oui non Raison d'une éventuelle non-participation :

Sait-il/elle nager tout(e) seul(e) ? TB B Moyen Difficilement Pas du tout

A-t-il/elle peur de l'eau ? oui non

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, affections cutanées, ...) **Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.**

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

Quelles sont les maladies ou interventions médicales subies par votre enfant ? (+ année ?) (ex : appendice...)

Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ? oui non (en quelle année ?)

Quel est le groupe sanguin de votre enfant ?

Votre enfant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? oui non (Si oui, lesquels ?

Quelles sont les conséquences ?

Quelle réaction avoir ?

Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire ? oui non (Si oui, lesquels ? Spécifiez



Autre renseignements que vous jugez importants de signaler (port de lunettes, d'appareil auditif, ...)

Si votre enfant prend des médicaments, est-il autonome dans la prise de ces médicaments ? oui non (Si non, merci de fournir un certificat médical, daté et signé, spécifiant le nom du médicament, la dose et la durée du traitement)

Les animateurs disposent d'une boîte de 1^{er} soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-après et ce à bon escient. (Du paracétamol, du désinfectant, une pommade anti-inflammatoire, une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes.)

➤ **Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant la participation de mon enfant durant toute activité de l'accueil temps libre (accueil extrascolaire, mercredis récréatifs, stages, plaines) par les responsables. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de mon enfant.**

En cas d'urgence, les parents/tuteurs 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.

Je soussigné(e) (NOM, prénom)

père mère tuteur de mon enfant,

➤ **Je le place sous la garde de ses encadrants.**

➤ **Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.**

➤ **Au cas où son état de santé réclamait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin sur place de poser tout acte indispensable et en mesure avec la gravité de la situation.**

Date et signature précédé de la mention « lu et approuvé » :