

**Stage de Printemps– Du 6 au 10 avril et du 14 au 17 avril 2020****Fiche d'informations et santé (OBLIGATOIRE, une par enfant)****Chef de famille :**

NOM : Date de naissance :...../...../.....

Prénom :

Adresse :

.....

Tel :/..... GSM :/.....

e-mail :

Besoin d'une attestation fiscale : oui non* Dans la situation des parents séparés, besoin de 2 attestations fiscales distinctes : oui nonSi oui, coordonnées du 2^{ème} parent :

NOM : Date de naissance :...../...../.....

Prénom :

Adresse :

.....

Tel :/..... GSM :/.....

e-mail :

Enfant :

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

Prénom :

 maternelle primaire**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 :

.....

Quels sont le poids et la taille de votre enfant ?.....

Votre enfant sait-il nager ?

Quelles sont les maladies ou interventions médicales subies par votre enfant ? (+ année)
(ex : appendicite.....)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, lequel ? Spécifiez

Autre renseignements que vous jugez importants de signaler ainsi que la manière de réagir face à une spécificité (port de lunettes, d'appareil auditif, spécificités propres à son fonctionnement, ...)

.....

Si votre enfant prend des médicaments, est-il autonome dans la prise de ces médicaments ?

oui non

Si oui : lequel ? (nom + dosage éventuel).....

(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**, elles 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, selon les recommandations de l'ONE).

➤ Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant la fréquentation de mon enfant à l'accueil extrascolaire 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,

➤ Reconnaiss avoir lu et approuvé le Règlement d'Ordre Intérieur ci-joint.

➤ Je le place sous la garde du coordinateur et de l'animateur/trice.

➤ 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.

Accord pour l'utilisation des données inscrites dans ce formulaire :

J'autorise

Je n'autorise pas

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