



« Mes p'tits copains d'abord »
Association sans but lucratif
Pouvoir organisateur d'une maison d'enfants
Autorisée sous le n° 719213803

FICHE SANTE (à remettre au plus tard le 1^{er} jour de stage)

1. Le participant :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom du chef de famille :

Adresse :

.....

Téléphone privé :

Gsm, téléphone travail :

2. Lieu de vie :

- L'enfant a-t-il/elle des frères ou sœurs ? Oui / non. Si oui, combien?.....

- Personne à contacter en cas d'urgence pendant le stage :

1. Nom : Tél. :Lien de parenté :

2. Nom : Tél. :Lien de parenté :

3. Nom : Tél. :Lien de parenté :

3. Loisirs :

○ Quels sont ses loisirs favoris ?

.....

○ Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer ?

.....

○ A-t-il/elle déjà participé à un stage, un centre de vacances ? oui / non
Si oui, où et quand ?

.....

4. Sommeil :

- L'enfant a-t-il besoin de faire une sieste ? Oui/non

- A-t-il une habitude particulière avant de faire sa sieste ?

.....

5. Propreté :

- L'enfant va-t-il seul aux toilettes ? Oui/non
Remarque éventuelle :

- L'enfant porte-t-il des langes ? Si oui, à quel(s) moment(s)
.....

6. Santé :

Nom du médecin traitant et téléphone :
.....

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

Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? oui / non

Groupe sanguin :

7. Informations médicales :

- L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

| | Oui | Non | Si OUI, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? |
|----------------------|-----|-----|--|
| Diabète | | | |
| Maladie cardiaque | | | |
| Epilepsie | | | |
| Affection de la peau | | | |
| Somnambulisme | | | |
| Insomnie | | | |
| Incontinence | | | |
| Maladie contagieuse | | | |
| Asthme | | | |
| Sinusite | | | |
| Bronchite | | | |
| Saignements de nez | | | |
| Maux de tête | | | |
| Maux de ventre | | | |
| Coups de soleil | | | |
| Constipation | | | |
| Diarrhée | | | |
| Vomissements | | | |
| Mal de route | | | |
| Autres | | | |

- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? oui / non
Si oui, quand et laquelle ?

- Est-il/elle allergique ?
 - o A certains produits alimentaires? oui/non. Si oui, lesquels?
.....
 - o A certains médicaments? oui/non Si oui, lesquels ?
.....

- Au soleil? oui/non. Si oui, quelles précautions particulières prendre ?.....
- A d'autres choses? oui/non. Si oui, à quoi?.....

- Devra-t-il/elle prendre des médicaments durant le stage ? oui/non
Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi ?

- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :
Porte-t-il/elle un appareil auditif ? oui / non

- Souffre-t-il d'un handicap? oui/non. Si oui, lequel?.....

- A t'il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? oui/non
Date de la première injection:.....
Date du dernier rappel :

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

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur, ...) :

Date: . .

Signature des parents ou du responsable :

L'équipe d'encadrement vous remercie pour ces précieuses informations qui seront néanmoins traitées avec toute la confidentialité qui s'impose.