



FICHE INDIVIDUELLE DE SANTE

PLAINES DE JEUX COMMUNALES PECQ ÉTÉ 2019

Aidez-nous à connaître votre enfant !

Soucieux de **garantir un service de qualité** tout en tenant compte des besoins de votre enfant, nous vous demandons de **remplir soigneusement** cette fiche « **Santé** ».

N'hésitez pas à y annexer un feuillet complémentaire ou à nous contacter, si nécessaire.

Les responsables se réservent le droit de **refuser l'accès aux plaines** de jeux à votre enfant **si cette fiche est INCOMPLETE.**

Participant :

Nom : **Prénom (F/M) :** **Né(e) le :**/...../.....

Nom du responsable de l'enfant :

Lien de parenté :

Adresse :Téléphone :

Personnes à contacter en cas d'urgence (2 personnes différentes) :

1. Nom :

Téléphone : Lien de parenté :

2. Nom :

Téléphone : Lien de parenté :

Nom du médecin traitant : **Localité :**

Téléphone :

Lieux de vie :

Où l'enfant vit -il habituellement ?

Famille/ garde alternée/ institution/ grands-parents,

Loisirs

Peut-il participer aux activités proposées (sport, jeux, natation, ...) ? OUI /NON

Si non lesquelles?.....

Raison d'une éventuelle non-participation :.....

Sait -il/ elle nager ? OUI / NON (Niveau : TB – bien- moyen- difficile-pas du tout)

Repas

A-t-il/ elle un régime alimentaire particulier à suivre (ex : sans gluten...)? OUI / NON

Est-il allergique à certains aliments ?

Santé :

Y a-t-il **des données médicales spécifiques importantes à connaître** pour le bon déroulement des activités ?

(ex : problème cardiaque, épilepsie, asthme, diabète, bronchite, mal des transports, maux de tête, maux de ventre, vomissements, incontinence, migraine, constipation, diarrhées, saignements de nez, hypersensibilité au soleil, maladie contagieuse, affection de la peau, hémophilie, ...)

Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou réagir (+ traitement).
Merci de joindre une attestation médicale en cas de traitement.

Quel est son poids ?kg **Quel est son groupe sanguin ?** (si connu)

A-t-il/ elle subi une intervention chirurgicale ou maladie grave ? : OUI/ NON

Si oui, quand et laquelle ? :

Est-il/ elle allergique à une substance, aliment, médicament ou autre ? OUI / NON

Lequel ?

Quels sont les conséquences et traitements ?

Votre enfant souffre-t-il d'un trouble particulier ?

Devra-t-il/ elle prendre des médicaments durant les plaines ? OUI/NON

Si oui (**attestation médicale indispensable**), lesquels, quand, pourquoi, quantité et durée ?

Est-il/elle autonome dans la prise de ses médicaments ? OUI / NON

Est-il soigné par homéopathie ? OUI/NON

Porte-t-il/ elle un appareil auditif ? OUI / NON

Porte-t-il/ elle des lunettes ? OUI/ NON - Autres ?

Est-il/ elle en **ordre de vaccination contre le tétanos** ? OUI/ NON

Attention : A nous transmettre : Copie du carnet de vaccination de votre enfant

Avez-vous d'autres renseignements utiles à transmettre au responsable des plaines ? OUI / NON

(N'hésitez pas à joindre des explications supplémentaires si nécessaire).

Autorisation

Je, soussigné (e)(parents /tuteur légal)
autorise les responsables des plaines à prendre les mesures nécessaires pour faire soigner mon enfant en cas d'urgence (ambulance – médecin) : **OUI – NON.**

J'atteste que les informations que j'ai fournies dans cette « Fiche Santé » sont réputées exactes et complètes.

Pourriez – vous nous fournir deux vignettes de mutuelle ? (A joindre avec un trombone) MERCI.

Date et signature des parents :

