



# FICHE INDIVIDUELLE DE SANTE

## PLAINES DE JEUX COMMUNALES PECQ ÉTÉ 2017

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 :** .....

**Collez ici partiellement deux vignettes de mutuelle du participant**

(indispensable)

**Lieux de vie :**

Où l'enfant vit -il habituellement ?  
Famille/ garde alternée/ institution/ grands-parents, .....  
Type d'enseignement suivi : général OUI/NON spécialisé de type : .....

**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)



Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs de la plaine le cas échéant par les prestataires de santé consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment.

## 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.**

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

Quelle est sa pointure ? ..... Quelle est sa taille ? .....cm          Quel est son poids ?.....kg

**Quel est son groupe sanguin ?** .....

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 ?

.....

Devra-t-il/ elle prendre des médicaments durant la plaine ? 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

A-t-il/ elle des difficultés sensorielles particulières ? OUI/ NON          Porte-t-il/ elle un appareil auditif ? OUI / NON

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

A-t-il/ elle un handicap ? OUI / NON    Si oui, lequel ? .....

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 de la plaine ? OUI / NON

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

**Les informations que j'ai fournies dans cette « Fiche Santé » sont réputées exactes et complètes.**

Nom du signataire : .....

Fonction :(parents, tuteur légal, ...) .....

Signature :

Date : .....