



Fiche de santé

Apposez ICI une vignette de mutuelle

NOM et prénom du participant :
Date de naissance : Age :
Adresse : Rue.....N°.....
CP :Localité :
Téléphone/GSM :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom : lien de parenté : Tél :
Nom et prénom : lien de parenté : Tél :
Nom du médecin traitant :Tél :

Etat de santé actuel de l'enfant : TB/B/Moyen

Suit-il/elle un traitement médical? OUI/NON

Groupe sanguin :

Poids : Taille :

Où l'enfant vit-il habituellement ? FAMILLE/ INSTITUTION

Type d'enseignement : Général / Spécial Année :

Peut-il pratiquer la natation ? OUI/NON

Sait-il nager ? TB/ B/ Moyen/ Difficilement/ NON

Suit-il/elle un régime alimentaire précis? (allergies, intolérance,)

L'enfant souffre-t-il occasionnellement de :(si oui, traitement habituel)

- Diabète : OUI/NON
- Maladie cardiaque : OUI/NON
- Epilepsie : OUI/NON
- Affection de la peau : OUI/NON
- Maladie contagieuse : OUI/NON
- Asthme : OUI/NON
- Saignement de nez : OUI/NON
- Maux de tête : OUI/NON
- Maux de ventre : OUI/NON
- Mal de route : OUI/NON

L'enfant a-t-il subi une intervention grave, si oui laquelle ? OUI/NON :

Est-il/elle allergique à certaines substances ou médicaments, si oui lesquels ?

OUI/NON :

A-t-il/elle été vaccinée contre le tétanos ? OUI/NON (si oui en quelle année)

Remarque importante concernant l'usage de médicaments

Les animateurs disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient. Du paracétamol ; du désinfectant ; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmant 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 plaine de vacances 2019 : OUI/NON

Conformément au Règlement général de protection des données (RGPD), vos données ci-dessus seront traitées par la plaine de vacances «Le Gai séjour ». Ce traitement est nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux de votre enfant.

Nom du signataire :

Date et signature :