



Veillez compléter les points importants en rouge.

1. Le Participant

Nom:Prénom:Date de naissance:
Nom du chef de famille:
Adresse:
Tél. privé:Tél. travail ou GSM:

2. Lieux de vie

Où l'enfant vit-il habituellement? famille / institution / grands-parents

Personne à contacter en cas d'urgence

1. Nom: Tél.: Lien de parenté:
2. Nom: Tél.: Lien de parenté:
3. Nom: Tél.: Lien de parenté:

Type d'enseignement suivi: général / spécialisé

Année scolaire :

A-t-il des frères ou sœurs? Combien:

Quelle est sa langue usuelle?

3. Loisirs

→ Quels sont ses loisirs favoris?

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

→ Peut-il/elle pratiquer la natation?

Sait-il/elle nager? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout

→ Sait-il/elle rouler à vélo?

→ A-t-il/elle déjà participé à un centre de vacances?

Si oui, où et quand?

4. Sommeil/Repas

→ A-t-il une habitude particulière avant de se coucher/pendant la nuit?

→ Faut-il le/la réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes?

→ Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas?

→ A-t-il/elle un régime particulier?

Est-il végétarien/végétalien?

5. 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:

→ Quel est son poids? Sa taille? Sa pointure?

6. 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? Merci de compléter si nécessaire! |
|----------------------|-----|-----|---|
| 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?

A certains produits alimentaires? Oui / Non • Si oui, lesquels?

A certains médicaments? Oui / Non • Si oui, lesquels?

A soleil? Oui / Non • Si oui, quelles précautions prendre?

A d'autres choses? Oui / Non • Si oui, à quoi?

→ Votre fille est-elle réglée? Oui / non

→ Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour? Oui / Non

Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi?

→ A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières:

Porte-t-il/elle des lunettes? Oui / Non • Si oui, quelle dioptrie?

Porte-t-il/elle un appareil auditif? Oui / Non

→ Souffre-t-il/elle d'un handicap? Oui / Non • Si oui, lequel?

→ A-t-il 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 à un centre de vacances?

.....

.....