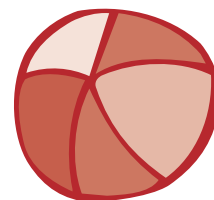


Fiche médicale

Plaine de Sauvenière



Animagique

— Plaine de Vacances de Sauvenière —

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?

.....

.....