

FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Groupe sanguin :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom – prénom :

Lien de parenté:

Téléphone/GSM :

Médecin traitant :

Nom – prénom :

Adresse :

Téléphone/GSM :

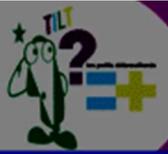
Informations médicales confidentielles

Autres renseignements concernant le/la participant (e) que vous jugez importants (problèmes de diabète, incontinence, asthme, affection cardiaque, affection cutanée, rhumatisme, problèmes psychiques* ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...)

Autre.....

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs et 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. Ces données seront détruites un an après le séjour si aucun dossier n'est ouvert.

***Attention ! Si votre enfant à un handicap mental type autisme, caractériel ou autre ; veuillez nous le signaler 2 mois à l'avance, afin que nous puissions prendre les dispositions nécessaires pour l'encadrer au mieux par un intermédiaire d'un éducateur formé.**



Peut-il/elle participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation)

.....

Est-ce sa première participation à un stage ? oui non

Est-il/elle sensible aux refroidissements ? oui non

Est-il/elle vite fatigué ? oui non

A-t-il/elle un régime alimentaire particulier ? oui non

Si oui lequel ? Spécifiez :

Est-il/elle allergique à certaines substances ou aliments ? oui non

Si oui, lesquels ?.....

Peut-il/elle participer aux activités sportives ? oui non

Sait-il/elle nager ? oui non

A-t-il/elle peur de l'eau ? oui non

A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? oui non

Date dernier rappel ?

A-t-il reçu le sérum antitétanique ? oui non

En quelle année ?.....

Doit-il/elle prendre des médicaments ? Si oui lesquels, en quelle quantité et quand ?

Est-il/elle autonome dans la prise de ces médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre participants)

.....

DATE :

SIGNATURE :



AUTORISATION DE DIFFUSION MULTIMEDIA

Je soussigné(e).....

Né(e) le à.....

- autorise
- n'autorise pas

Les Petits Débrouillards à utiliser, dans le cadre des activités, site internet, publications et reportages, les photos et/ou vidéos de mon/mes enfant(s) prises au cours des stages.

DATE :

SIGNATURE :

AUTORISATION DE SORTIE APRÈS LES STAGES

A compléter uniquement pour les enfants à partir de 8 ans

Période et dates du / des stage(s) :

Je soussigné(e).....

Né(e) le..... à

- autorise
- n'autorise pas

Mon fils / ma fille à quitter le lieu de stage et rentrer seul à la fin des activités (donc dès 16h).

Téléphone/GSM du parent :

DATE :

SIGNATURE :