



Commune de

# Baelen

## **PLAINES DE VACANCES : FICHE PERSONNELLE ET MEDICALE DE L'ENFANT**

NOM- PRENOM : .....
DATE DE NAISSANCE : .....
ADRESSE : .....
.....

### Personne responsable à contacter en cas d'accident:

Nom : .....Père, mère, tuteur  
Adresse .....

Tél. privé : .....Tél. travail : .....  
G.S.M. : .....  
Mail :.....  
Identité et n° de tél. du médecin traitant : .....

**Rappel**: seuls les pères, mères et tuteurs sont habilités à reprendre les enfants. Toute délégation à d'autres personnes doit être faite par écrit et signée de la personne qui détient l'autorité parentale.

### **LIEU DE VIE :**

- Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille / institution / grands-parents / autre .....
- Ecole fréquentée : ..... Année scolaire : .....
- A-t-il des frères ou sœurs ? Oui/ Non. Si oui, combien ?.....
- Quelle est sa langue usuelle ? .....

### **LOISIRS :**

- Quels sont ses loisirs favoris ? .....
- Y-a-t-il des activités/ sports que l'enfant ne peut pas pratiquer ? .....
- Sait-il nager ? TB B Moyen Difficilement Pas du tout.
- Sait-il rouler à vélo ? Oui/ Non.
- A-t-il déjà participé à un centre de vacances ? Oui/ Non.

### **ALLERGIES :**

- Allergies alimentaires : .....
- Allergie à certains médicaments : Oui / Non Lesquels : .....
- Allergie au soleil : Oui / Non Précautions particulières à prendre : .....
- Autres allergies : Oui / Non Précautions particulières à prendre : .....

**SANTE :**

- Etat de santé actuel de l'enfant : TB B Moyen
- Est-il soigné par homéopathie ? Oui/ Non.
- Groupe sanguin : .....

**INFORMATIONS MEDICALES :**

- L'enfant souffre-t-il de manière permanente ou régulière d'une maladie particulière (diabète, asthme, épilepsie, maladie cardiaque, saignements de nez, maux de ventre, etc.)  
Si Oui, quel est son traitement habituel / Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ?  
.....  
.....  
.....
- Devra-t-il prendre des médicaments pendant la journée ? Oui / Non  
Si oui, lesquels, quand et pourquoi ?  
.....
- L'enfant a-t-il subi une maladie ou une intervention grave ? Oui / Non  
Si oui, quand et laquelle ?  
.....
- Est-il propre ? Oui / Non
- Porte-t-il des lunettes ? Oui / Non  
Porte-t-il un appareil auditif ? Oui / Non  
Souffre-t-il d'un handicap ? Oui / Non Si oui, lequel ? .....
- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui / Non
- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre de vacances ? .....

**Les informations fournies dans cette « Fiche de santé » sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du centre à prendre toutes mesures médicales concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical...).**

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur, ...) :	
Date :	Signature :