

Fiche Santé

1 Le Participant :

Nom : Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse : Rue :
 Code postal :
 Commune :
 Tél. privé : Tél. travail ou gsm :



2 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 :



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 ? OUI / NON
 Sait-il/elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout
 Sait-il/elle rouler à vélo ? OUI / NON
 A-t-il/elle déjà participé à un centre de vacances ? OUI / NON
 Si oui, où et quand ?



4 Sommeil :

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

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



5 Repas :

Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? OUI / NON
 Si oui, lesquels ?
 A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? OUI / NON
 Si oui, lequel ?
 Est-il végétarien/végétalien ? OUI / NON



6 Santé :

Nom du médecin traitant : Tel :
 Etat de santé actuel du participant : TB / B / Moyen
 Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? OUI / NON
 Groupe sanguin et rhésus :
 Quel est son poids ? sa taille ?
 Votre fille est-elle réglée ? OUI / NON



7 INFORMATIONS MEDICALES :



A t'il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? OUI / NON

Date de la première injection :

Date du dernier rappel :

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

Diabète	<input type="checkbox"/>	Maladie contagieuse	<input type="checkbox"/>	Coups de soleil	<input type="checkbox"/>
Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Sinusite	<input type="checkbox"/>	Diarrhée	<input type="checkbox"/>
Affection de la peau	<input type="checkbox"/>	Bronchite	<input type="checkbox"/>	Vomissements	<input type="checkbox"/>
Somnambulisme	<input type="checkbox"/>	Saignements de nez	<input type="checkbox"/>	Mal de route	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	Maux de tête	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>
Incontinence	<input type="checkbox"/>	Maux de ventre	<input type="checkbox"/>		

Pour les affections retenues, merci d'indiquer comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? OUI/ NON

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

Tout traitement médicamenteux fera l'objet d'une prescription médicale fournie par le médecin prescripteur. Sans ce document, l'équipe d'encadrement ne pourra administrer de médicament à votre enfant.

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 d'autres choses ? OUI / NON

Si oui, à quoi ?

Votre enfant à t'il connaissance des allergies et / ou problèmes de santé renseigné ci-dessus ? OUI / NON

Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un camp ou un hike ?

Les informations contenues dans cette « fiche santé » sont réputées exactes et complètes
L'organisateur ne sera aucunement incriminé pour des faits ou éléments, n'ayant pas été annotés dans ce document.

Je soussigné donne procuration au responsable pour prendre en mon nom, s'il n'a pu me contacter, les mesures médicales qui s'avéreraient nécessaires.

Nom et prénom du signataire : Père –Mère –Tuteur

Fait à Le Signature