

# FICHE SANTÉ - PLAINE DE JEUX 2024

A remettre obligatoirement le 1<sup>er</sup> jour de plaine de l'enfant

Vignette de mutuelle  
Coller ici

## LE PARTICIPANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age : .....

Nom du chef de famille : .....

Adresse : .....

Téléphone / GSM : .....

## LIEUX DE VIE

Où l'enfant vit-il habituellement ? Famille / Institution / Grands-parents / .....

Personnes à contacter en cas d'urgence pendant la plaine :

1. Nom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté : .....

2. Nom : ..... Téléphone : ..... Lien de parenté : .....

Type d'enseignement suivi : Général / Spécialisé

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 qu'il/elle ne peut pratiquer ?

Peut-il/elle pratiquer la natation ? OUI / NON

↳ Sait-il/elle nager ? Très bien / Bien / Moyen / Difficilement / Pas du tout

Sait-il/elle rouler à vélo ? OUI / NON

A-t-il déjà participé à un centre de vacances ? OUI / NON

↳ Si oui, où et quand ? .....

## REPAS

Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? OUI / NON - Si oui, lesquels ? .....

Est-il végétarien/végétalien ? OUI / NON

## SANTÉ

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

Etat de santé actuel du participant : Très bien - Bien - Moyen

Est-il/elle soigné-e par homéopathie ? OUI / NON

Groupe sanguin : .....

## INFORMATIONS MÉDICALES

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

- |  |  |                                       |   |
|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète       | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Épilepsie    | <input type="checkbox"/> Affection de la peau |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> Insomnie          | <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Malade contagieuse   |
| <input type="checkbox"/> Asthme        | <input type="checkbox"/> Sinusite          | <input type="checkbox"/> Bronchite    | <input type="checkbox"/> Saignements de nez   |

- Maux de tête       Maux de ventre       Coups de soleil       Constipation  
 Diarrhée       Vomissements       Mal de route       Autres

Si vous avez coché une ou plusieurs case-s, quel est son traitement habituel ? Comment réagir ?  
Quelles précautions particulières prendre ?

.....  
.....  
.....  
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 ? .....

↳ Au soleil ? OUI / NON - Si oui, quelles précautions particulières 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 ? .....

! Un certificat médical au nom de l'enfant est obligatoire !

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/elle été vacciné-e contre le tétanos ? OUI / NON

↳ Date de la 1<sup>ère</sup> injection : ..... Date du dernier rappel : .....

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

Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre de vacances ?

.....  
*Les informations fournies dans cette fiche 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 toute mesure médicale concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (opération, traitement médical, ...).*

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

Date et signature :