

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :
Date de naissance : Nom du chef de famille :
Adresse :
Téléphone où l'on peut atteindre un membre de la famille :
Numéro propre : Numéro et un nom d'un voisin :

DONNEES MEDICALES :

Nom et téléphone de votre médecin traitant :
Quelles maladies votre enfant a-t-il eues ou quelles interventions chirurgicales a-t-il subies ?
.....
.....

* Souffre-t-il de : diabète- asthme- maladie de cœur- épilepsie- rhumatismes- affection de la peau- des yeux- des oreilles- somnambulisme- maladie contagieuse- maladie mentale- handicap physique.

*L'enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI- NON. En quelle année ?.....

*Lui a-t-on administré un sérum contre le tétanos ? OUI- NON. Si oui, quand ?.....

L'enfant est-il particulièrement sensible ou allergique :

- aux médicaments ? OUI-NON. Si oui, lesquels ?.....
- à certains produits ? OUI- NON. Si oui, lesquels ?.....

*L'enfant souffre-t-il d'incontinence ? OUI- NON-SOUVENT.....

*Est-il fatigué ? OUI- NON.....

*Attrape-t-il facilement un refroidissement ? OUI-NON.....

*Peut-il participer aux sports(natation y compris) et aux jeux de son âge ? OUI- NON

*Doit-il prendre certains médicaments pendant son séjour ? OUI-NON

Si oui, lesquels, selon quelle fréquence et combien ?.....
.....

*Groupe Sanguin :.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES A COMMUNIQUER :

*Votre enfant est-il allergique à certains aliments ? OUI- NON

Si oui, lesquels ?.....

*Doit-il suivre un régime alimentaire pendant son séjour ? OUI-NON

Si oui, lequel ?.....

*J'autorise Madame..... à prendre toutes les décisions nécessaires en cas d'urgence.

*Apporter le carte SIS pour le 26 avril 2006 dernière limite !

DATE.....

.....
(Signature des parents)

Fiche médicale de (nom + prénom de l'élève)

Ecole : Classe :

Caractéristiques de l'enfant

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Personne à contacter en cas de nécessité :

N° de téléphone :/..... de GSM :/.....

Données médicales

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

Maladies antérieures ou opérations subies :
.....
.....

Est-il atteint de :

| | | |
|---------------------|-----|-----|
| Diabète | Oui | Non |
| Asthme | Oui | Non |
| Affection cardiaque | Oui | Non |
| Epilepsie | Oui | Non |

| | | |
|-------------------|-----|-----|
| Rhumatisme | Oui | Non |
| Affection cutanée | Oui | Non |
| Autre(s) | Oui | Non |

Date du dernier rappel du vaccin antitétanique (OBLIGATOIRE) :/...../.....

Est-il allergique ou particulièrement sensible

a) à des médicaments ? oui - non (*) si oui, auxquels ?
.....

b) à certaines matières ou aliments ? oui - non (*) si oui, auxquels ?
.....

Est-il incontinent la journée ? oui-non, la nuit ? oui-non

Est-il encopréatique la journée ? oui-non, la nuit ? oui-non

Est-il vite fatigué ? oui - non

Peut-il participer sans inconvénients à des activités sportives et aux jeux adaptés à son âge ? oui - non

L'enfant fait-il l'objet d'un traitement à suivre ou d'une prescription médicale pendant la durée du séjour ?
oui - non

Si oui, le(s)quel(s) ?
.....
.....

Je soussigné autorise le responsable du groupe à prendre les dispositions nécessaires afin d'assurer les soins urgents par le personnel médical ou le centre hospitalier le plus proche.

(*) Biffer la mention inutile

Le/...../.....

Signature,