

→ Fiche santé Plaines de Vacances

Nom	Prénom	Date de naissance	Inscrit à la plaine
			Bruyères/Tarins/Bergerie

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

3^{ème} personne à contacter si les deux premières (par exemple la mère et le père) sont injoignables :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom et n° de téléphone de votre médecin de famille :

Le participant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation,...)

Raisons d'une éventuelle non-participation :

Sait-il/elle nager? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout

A-t-il/elle peur de l'eau? Oui Non

Est-ce sa première participation à un centre de vacances ? Oui Non

J'autorise mon enfant à être pris en photo ?	Oui/ Non
Où l'enfant vit-il habituellement ? <i>Famille/ Institution/ Grand-parents ?</i>	
Type d'enseignement suivi ? <i>Général/ Spécialisé + Année scolaire</i>	
Quelle est sa langue usuelle ?	

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ du séjour ? (ex : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...). Indiquer aussi la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par le participant ? (+année) (rougeole, appendicite,...)

Quel est son groupe sanguin et son rhésus ?

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? Oui Non En quelle année :

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Si oui, lesquels :

Quelles en sont les conséquences ?

Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? Spécifiez

Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...)

Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui, lesquels, en quelle quantité et quand? (*fournir une photocopie du certificat médical*)

L'enfant est-il autonome dans la prise de ses médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

Remarque importante concernant l'usage de médicaments :

Les animateurs disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situation ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer des médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient : du paracétamol ; du désinfectant ; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes. En cas d'urgence, les parents/ tuteurs seront avertis le plus rapidement possible.

Le cadre d'utilisation de ces informations :

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par l'équipe d'animation et le cas échéant par les prestataires de santé consultés.

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant la plaine par le responsable du centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

Date et signature du parent/ Tuteur

Coller ici une vignette de la mutuelle

Fiche santé « Clubs »

Nom	Prénom	Date de naissance	Inscrit au club

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

3^{ème} personne à contacter si les deux premières (par exemple la mère et le père) sont injoignables :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom et n° de téléphone de votre médecin de famille :

Le participant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation,...)

.....

Raisons d'une éventuelle non-participation :

.....

Sait-il/elle nager? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout

A-t-il/elle peur de l'eau? Oui Non

Est-ce sa première participation à un centre de vacances ? Oui Non

J'autorise mon enfant à être pris en photo ?	Oui/ Non
Où l'enfant vit-il habituellement ? <i>Famille/ Institution/ Grand-parents ?</i>	
Type d'enseignement suivi ? <i>Général/ Spécialisé + Année scolaire</i>	
Quelle est sa langue usuelle ?	

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité/ du séjour ? (ex : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental...). Indiquer aussi la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir.

.....

.....

Quelles sont les maladies ou les interventions médicales subies par le participant ? (+année) (rougeole, appendicite,...)

.....

Quel est son groupe sanguin et son rhésus ?.....

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? Oui Non En quelle année :.....

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Si oui, lesquels :.....

.....
Quelles en sont les conséquences ?.....
.....

Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? Spécifiez

.....
.....
Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif...)

.....
Le participant doit-il prendre des médicaments ? Si oui, lesquels, en quelle quantité et quand? (*fournir une photocopie du certificat médical*)

.....
L'enfant est-il autonome dans la prise de ses médicaments ? (Nous rappelons que les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants)

Remarque importante concernant l'usage de médicaments :

Les animateurs disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situation ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer des médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient : du paracétamol ; du désinfectant ; une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insectes. En cas d'urgence, les parents/ tuteurs seront avertis le plus rapidement possible.

Le cadre d'utilisation de ces informations :

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par l'équipe d'animation et le cas échéant par les prestataires de santé consultés.

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant la plaine par le responsable du centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

Date et signature du parent/ Tuteur

Coller ici une vignette de la mutuelle