Vignette de mutuelle à coller ici

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

A faire compléter avec précision par les parents ou par un médecin (une fois/an),
et à retourner à la coordinatrice Accueil Temps Libre de Doische
Toute modification des coordonnées ou de l'état de santé de l'enfant doit être signalée

Identité de l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....
Né(e) le ..... (jour-mois-année) Classe (année entrante) : ……..
Ecole fréquentée : ……...
Adresse : Rue ..... N° ..... Bte.....
Localité : ..... CP : ..... Pays : ……..

Identité du parent

Nom : …… Prénom : …….
Adresse (si différente de celle de l'enfant) : Rue .....
N° ..... Bte..... Localité : ..... CP : .....
Tél : ..... / ..... E-mail : ……...

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom, prénom, adresse :
.....
..... Tél : ……. /…….. GSM : ..... / .....
Nom, prénom, adresse :
.....
..... Tél : ……. /…….. GSM : ..... / .....

Médecin traitant Nom – Adresse :
.....
..... Tél : ……. /…….. GSM : ..... / .....

Personnes non autorisées à reprendre l'enfant

……

Soins à prodiguer et prescriptions pendant le stage

Le participant doit-il prendre des médicaments ? OUI – NON Si oui, FOURNIR la prescription médicale, lesquels, quand et en quelle quantité : ……...
……
……
Est-il autonome dans la prise de ses médicaments ? OUI - NON

Service Accueil Temps Libre de Doische, Ludivine Lobet : 0473/70.13.85
ludivine.lobet@doische.be , 114, rue Martin Sandron – 5680 Doische

Informations médicales (entourez la bonne réponse)

Diabète OUI — NON Mal des transports OUI — NON Somnambulisme OUI — NON
Asthme OUI — NON Affection cardiaque OUI — NON Rhumatisme OUI — NON
Épilepsie OUI — NON Affection cutanée OUI — NON Autre(s) : ……

Handicap mental ou moteur OUI – NON Si oui, précisez :……..
Opérations subies : ……
A-t-il un régime alimentaire particulier ? OUI — NON Si oui, lequel ? ……
Peut-il participer aux activités sportives ? OUI — NON
Peut-il participer aux baignades ? OUI - NON
Sait-il nager ? TB – B – M - NON
Est-il allergique à des médicaments ? OUI — NON Si oui, lesquels ? .....
Est-il allergique à des aliments ? OUI — NON Si oui, lesquels ? .....
Est-il allergique à des matières ? OUI — NON Si oui, lesquels ? .....
A-t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI — NON (date du dernier rappel) .....
A-t-il reçu du sérum antitétanique ? OUI — NON (en quelle année ?) .....
Autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants (port de lunettes, appareil auditif, problèmes physiques ou psychiques…) ……..……
…….
…….
…….

Diffusion de photos

Autorisez-vous le service à diffuser des photos de votre enfant prises durant les activités sur différents réseaux sociaux (Facebook de l'ATL, de la commune de Doische), sur les affiches, ainsi que sur le site internet de la commune : OUI - NON

En signant cette fiche, vous marquez votre accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires durant les activités de votre enfant soient entrepris. Vous autorisez le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de votre enfant.

Les informations contenues dans la fiche santé sont confidentielles. Les animateurs à qui ces informations sont confiées sont tenus de respecter la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. Les informations communiquées ici ne peuvent donc être divulguées, si ce n'est au médecin ou tout autre personnel soignant consulté. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment.

Date : ……

Signature du parent :

Service Accueil Temps Libre de Doische, Ludivine Lobet : 0473/70.13.85
ludivine.lobet@doische.be , 114, rue Martin Sandron – 5680 Doische