



REGION DE BRUXELLES-CAPITALE COMMUNE DE WATERMAEL-BOITSFORT

Place Antoine Gilson 1 - 1170 Bruxelles - Tel : 02.674.74.11 - fax : 02.672.52.19
www.watermael-boitsfort.be n° d'entreprise : 0207.372.637

FICHE SANTE - PLAINES DE VACANCES 2017

Participant

NOM : PRENOM : Sexe : F- M Date naissance :

ADRESSE :

GRUPE : AIGRETTES / CEDRES / KARREBERG 6-8 ans / KARREBERG 9-12 ans (*entourez*)

A contacter en cas d'urgence :

NOM + parenté : Tél./GSM :

NOM + parenté : Tél./GSM :

Personnes autorisées à reprendre l'enfant :

NOM + parenté : Tél./GSM :

NOM + parenté : Tél./GSM :

NOM + parenté : Tél./GSM :

Autre : à signaler le matin au responsable du centre (*avec une autorisation écrite*)

L'enfant est autorisé à rentrer seul à la fin des activités : OUI / NON

Renseignements divers

- Où l'enfant vit-il habituellement ? famille / institution / grands-parents /
- A-t-il des frères ou sœurs ? oui / non - Si oui, combien ?
- Quelle est sa langue usuelle ?
- 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 / Difficile / Pas du tout
- Fait-il/elle la sieste ? oui / non - Si oui, avec : doudou / tute / autre à préciser

INFORMATIONS MEDICALES

- NOM DU MEDECIN TRAITANT : TEL :
- GROUPE SANGUIN :
- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? oui / non - Si oui, laquelle ?
- Est-il/elle allergique :
 - à certains produits alimentaires ? oui / non - Si oui, lesquels ?
 - au soleil ? oui / non - Si oui, quelles précautions particulières prendre ?
 - à 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 ? Conséquences / effets secondaires ?
- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :
 - porte-t-il/elle des lunettes ? oui / non
 - 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^{ère} injection : - Date du dernier rappel :
- L'enfant souffre-t-il (*de manière permanente ou régulière*) de : diabète, maladie cardiaque, épilepsie, affection de la peau, incontinence, maladie contagieuse, asthme, sinusite, bronchite, saignements du nez, maux de tête, maux de ventre, constipation, diarrhée, vomissements, mal de route, autres ... (*entourez ou complétez*). Si oui, quel est son traitement habituel ?
- AUTRES REMARQUES UTILES concernant la participation aux plaines de vacances :
.....
.....

En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du centre à prendre les dispositions adéquates (premiers soins sur place ou transport en taxi ou en ambulance à l'hôpital d'Ixelles).

Nom du signataire et parenté :

Date et signature :