



# 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 2019

### Participant

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

ADRESSE : .....

GRUPE : NAIADES 2½-3 ans / ROSERAIE 4-5 ans / CEDRES 6-8 ans / CEDRES 9-12 ans (*entourez*)

### **A contacter en cas d'urgence :**

NOM + parenté : ..... Tél./GSM : .....

NOM + parenté : ..... Tél./GSM : .....

### **Personnes autorisées à reprendre l'enfant (*si différentes que ci-dessus*) :**

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 / tétine / 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 les heures aux plaines de vacances ? 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<sup>ère</sup> 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 : .....