Fiche de santé 2023

Participant
Nom et prénom de l'enfant :_____Date de naissance : _____
Nom et prénom du **chef de famille** pour l'attestation fiscale: _____
Adresse : _____
Personne à contacter en cas d'urgence :
Nom : _____ Lien de parenté : _____ Tél : _____
Nom : _____ Lien de parenté : _____ Tél : _____

Santé
Nom et adresse du médecin traitant : _____Téléphone : _____
Le participant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursion, 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

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

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? oui-non / En quelle année ? _____
Est-il/elle allergique :

- A certains produits alimentaires ? oui-non Si oui lesquels ? _____
- A certains médicaments ? oui-non Si oui lesquels ? _____

Doit-il/elle prendre des médicaments pendant la journée ? oui-non Si oui lesquels ? _____

- Conséquences et réactions à avoir en cas d'allergie ?
  _____
  _____

<u>ATTENTION</u> : Tout traitement médicamenteux fera l'objet d'une prescription médicale fournie par le médecin prescripteur. Sans ce document, l'équipe d'encadrement ne pourra administrer de médicament à votre enfant.

Avez-vous d'autres renseignements utiles à transmettre à la responsable de l'accueil extrascolaire ?
_____
_____

Durant la période de plaines :

- ☐ Je le/la place sous la garde de ses encadrants.
- ☐ Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.
- ☐ Au cas où son état de santé réclamait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien sur place de poser tout acte indispensable en fonction de la gravité de la situation.

Les informations que j'ai fournies dans cette « fiche santé » sont réputées exactes et complètes.
L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document.

Je soussigné donne procuration aux responsables de l'accueil pour prendre en mon nom les mesures médicales qui s'avèreraient nécessaires.

Nom du signataire : Date :

Signature