

Fiche médicale individuelle Centres de Vacances De Jemeppe-sur-Sambre

Il est indispensable que cette fiche médicale soit remplie et rentrée au Service Enfance dans la semaine qui suit l'inscription. Elle est obligatoire et finalise l'inscription de votre enfant. Ce questionnaire doit être complété avec précision par vous-même ou par votre Médecin. Il est nécessaire de nous donner ces renseignements si vous voulez que votre enfant retire le maximum de profit de son séjour à la plaine de vacances. Ils nous permettront d'organiser son régime de vie en fonction de ses besoins et de ses possibilités. Tout information volontairement omise sera passible de sanctions (voir règlement)

Identité de l'enfant :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Personnes à contacter en cas de nécessité :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom : Lien de parenté : Téléphone :

Nom et prénom des personnes qui peuvent reprendre l'enfant :

.....

Nom et prénom des personnes qui ne peuvent pas reprendre l'enfant :

.....


(Veuillez, s'il vous plait, nous fournir les documents légaux relatifs à cette interdiction : copie jugement)

Données médicales :

Coordonnées du médecin traitant :

Dr :

Adresse :

 :

Votre enfant souffre-t-il d'un problème particulier à nous signaler :

<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	Hyperactivité
<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Troubles du comportement
<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Autisme
<input type="checkbox"/>	Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	Dysphasie
<input type="checkbox"/>	Incontinence	<input type="checkbox"/>	Surdité
<input type="checkbox"/>	H�mophilie	<input type="checkbox"/>	Drains
<input type="checkbox"/>	Retard développement	<input type="checkbox"/>	Troubles psychomoteur
<input type="checkbox"/>	Troubles alimentaires :		
<input type="checkbox"/>	Autre(s) :		

2. Est-il allergique (si oui, cochez la case et indiquez le sujet de l'allergie):

<input type="checkbox"/>	Non
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Aux médicaments :
<input type="checkbox"/>	A un ou plusieurs aliments :
<input type="checkbox"/>	Aux piqûres d'insectes :
<input type="checkbox"/>	Au maquillage :
<input type="checkbox"/>	Autre :

Maladies antérieures de l'enfant et/ou opérations subies ayant une influence ou nécessitant toujours une attention particulière au moment de la plaine :

.....

.....

.....

Doit-il prendre des médicaments en cours de séjour : **Oui** - Non

Si oui, Veuillez faire compléter le formulaire « prescription médicale & autorisation parentale » en page 4

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI - NON (en quelle année ?) :

Joindre une copie du relevé vaccins (avant dernière page du carnet ONE ou carte)

Peut-il participer sans inconvénients à des activités sportives, y compris baignades et jeux adaptés à son âge : Oui - Non

Si non, pourquoi?

.....

Acquisition de la propreté

Enfant indépendant

Porte des couches

En transition couche/petit pot ?

Autres informations utiles

Votre enfant fait-il la sieste ? Oui - Non

A-t-il des habitudes particulières ? Oui - Non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Autres renseignements utiles et observations complémentaires.

.....
.....
.....
.....
.....

*Collez, ici (pas complètement), 1 vignettes de mutuelle de l'enfant,
Merci !*

Les données à caractère personnel demandées au fin d'inscription/invitation sont enregistrées par le Service Enfance. En aucun cas, elles ne seront utilisées à des fins autres que celles énoncées ci-avant, ni communiquées à des tiers et seront conservées le temps nécessaire à la gestion de l'activité. Pour plus d'informations sur www.jemeeppe-sur-sambre.be.

Je soussigné..... accepte que mes données personnelles soient traitées conformément à ce qui précède.

Date & Signature



Prise de médicament sur le temps de plaine Prescription médicale & Autorisation Parentale

Centre de vacances de Jemeppe-sur-Sambre

Cadre réservé au médecin traitant

Identification de l'enfant

Nom & prénom de l'enfant : Date de naissance : :

Cochez la situation qui concerne l'enfant :

- Distribution** du médicament (enfant **capable** de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ai remis)
- Administration** du médicament (enfant **incapable** de prendre lui-même son médicament, la personne désignée doit lui administrer)

Médicament

Nom du médicament : Posologie (quantité) :

Moment de l'administration (heure) : Durée du traitement :

Prescrit pour le problème de santé suivant :

Effets secondaires prévisibles :

Mode de conservation du médicament : à température ambiante au réfrigérateur autre : ..

Si le médicament doit être distribué au besoin, spécifier le moment et les symptômes que doit avoir l'enfant pour permettre la prise du médicament :

.....

.....

Signature du médecin de famille : Date : / /

Cachet :

Autorisation parentale

J'autorise la distribution ou l'administration du(des) médicament(s) ci haut mentionné(s).

Je reconnais que des risques sont associés à la distribution ou l'administration de médicaments (ex : effets secondaires, résultats imprévus, etc) et que le personnel de centre de vacances ainsi que la Commune de Jemeppe-sur-Sambre ne peuvent en être tenus responsables

Signature du parent : Date : / /
(ou du titulaire de l'autorité parentale)