

CENTRES RECREATIFS DE LA VILLE DE MONS

Fiche médicale individuelle 2019

Chers parents, ce questionnaire doit être complété par vous-même ou votre médecin. Grâce à ces renseignements, nous éviterons les risques inutiles.

Toute fiche médicale absente, insuffisamment ou incorrectement complétée, dégagera la responsabilité du Pouvoir Organisateur en cas de problème dû à cette lacune.

Centre récréatif : CUESMES – HAVRE – GHLIN (veuillez biffer les mentions inutiles)

Coordonnées de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Groupe sanguin : _____

Nom du chef de famille : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Gsm : _____

Collez ici une vignette de mutuelle

Lieux de vie :

Où l'enfant vit-il habituellement ? famille/institution/grands-parents _____

Personnes à contacter en cas d'urgence :

1. Nom : _____ Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

2. Nom : _____ Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Type d'enseignement suivi : _____ Année scolaire : _____

A-t-il/elle des frères et sœurs ? oui/non Si oui, combien ? _____

Quelle est sa langue usuelle ? _____

Loisirs :

Quels sont ses loisirs favoris ? _____

Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pratiquer ? _____

Peut-il/elle pratiquer la natation ? _____

Sait-il/elle nager ? TB – B – Moyen – Difficilement - Pas du tout (veuillez biffer les mentions inutiles)

Repas :

Intolérance :

Y a-t-il/elle des aliments qui lui sont contre-indiqués car pourraient provoquer des réactions cutanées (allergie) ? OUI - NON

Si oui, lesquels ? _____

A-t-il/elle un régime alimentaire particulier à suivre ? _____

Santé :

Nom du médecin traitant : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Etat de santé de l'enfant : TB – B – Moyen / Est-il soigné par homéopathie ? OUI - NON

A-t-il/elle subi une intervention ou maladie grave ? OUI - NON

Si oui, quand et laquelle ? _____

Est-il/elle allergique :

A certains produits alimentaires ? OUI - NON / Si oui, lesquels ? _____

A certains médicaments ? OUI - NON / Si oui, lesquels ? _____

(Les médicaments seront administrés uniquement sur prescription médicale et accord du(de la) coordinateur(trice) du centre)

Au soleil ? OUI – NON

Votre enfant présente-t-il une allergie à l'iode ? OUI - NON (À certifier par un médecin)

Cette information vous est demandée dans le cadre du Plan fédéral d'urgence nucléaire actualisé en 2018 (voir courrier annexé).

A d'autres choses ? OUI - NON / Si oui, à quoi ? _____

Votre enfant souffre-t-il (régulièrement ou de manière permanente) de :

	OUI	NON	Si oui, quel est son traitement habituel/comment réagir ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Incontinence/énurésie			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Autres :			

Porte-t-il/elle des lunettes ? OUI - NON

Porte-t-il/elle un appareil auditif ? OUI - NON

Souffre-t-il d'un handicap ? OUI - NON / Si oui, lequel ? _____

Est-il/elle vacciné(e) contre le tétanos ? OUI - NON / Date de la 1^{ère} injection : _____

Date du dernier rappel : _____

Quel est son poids ? _____ Quelle est sa taille ? _____ Quelle est sa pointure ? _____

SIGNATURE :

DATE :

AUTORISATION PARENTALE ET DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné(e), (nom et prénom) autorise par la présente mon fils – ma fille – autre (préciser) : nommé(e)

Nom : Prénom :

Adresse :

à participer aux activités extérieures organisées par le centre de vacances de la Ville de Mons.

J'autorise le responsable du groupe à prendre, sur avis formel d'un médecin, toutes les mesures d'urgence médicales y compris éventuellement l'hospitalisation.

Signature (du père, de la mère, du tuteur ou tutrice) Fait à, le