

FICHE INDIVIDUELLE DE SANTE

(La confidentialité des données médicales et familiales sera respectée)

MERCI DE REpondre EN LETTRES MAJUSCULES

Identité :

Nom..... Prénom.....

Date et lieu de naissance :

Nom et prénom de la mère de l'enfant :

Adresse :

E-mail :

Tél : privé/..... bureau GSM.....

Nom et prénom du père de l'enfant :

Adresse :

E-mail :

Tél : privé/..... bureau GSM.....

L'enfant est à la charge : - du père(1) – de la mère(1) - autre(1) : Mr – Mme.....

Tel :..... GSM :.....

Médecin traitant :

Nom :

Tél et/ou GSM

Vaccinations contre le tétanos :

Dates :

Rappel(s) :

L'enfant a-t-il reçu un sérum antitétanique ? Non (1) - Oui (1)

Date :

Données médicales :

Maladies, opérations, accidents (précisez les dates) :

.....

L'enfant est atteint de diabète – asthme – affections cardiaques, cutanées, rhumatisme-
épilepsie – incontinence (1)

Suivi(s) (médical – paramédical ou autre) en cours :

.....

Si cela nécessite durant l'encadrement un traitement, un régime, des précautions particulières, à
indiquer ci-dessous (pour les médicaments, nom, dosage, fréquence, durée du traitement)

.....

Attention : Si des médicaments allopathiques ou remèdes homéopathiques doivent être
administrés, une prescription médicale est indispensable.

L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible

- à certains aliments ? Oui – Non (1) Lesquels ?.....

- à certains médicaments ? Oui – Non (1) Lesquels ?.....

- aux piqûres d'insectes ? Oui - Non (1) Lesquelles ?.....

- désinfectant, sparadrap,... ? Oui - Non (1) Lesquels ?.....
- autres : Oui - Non (1) à préciser ?.....
Mesures particulières à prendre dans ce(s) cas
.....
Est-il sujet ou particulièrement sensible : aux maux de tête - maux de ventre – mal des transports
– refroidissements – saignements de nez – autres (1)?.....
Peut-il participer sans inconvénients aux activités proposées (y compris baignades) ?
Oui - non (1) : auxquelles ne peut-il pas participer ?.....
Sait-il nager ? oui - non Est-il porteur de drains dans les oreilles ? Oui - non (1)
L'enfant porte-t-il des lunettes : Oui - Non (1) Quand doit-il les mettre ?.....
Autres remarques éventuelles ou renseignements utiles :

Contexte familial :

L'enfant vit avec ses parents/dans un home/une maison d'accueil (1)
Autres :.....
Caractéristiques familiales particulières que vous souhaitez nous transmettre :.....
.....
Y a-t-il eu un décès récent dans la famille ?.....
Votre enfant peut-il retourner **seul** ? oui - non (1)
Personnes autorisées par les parents à reprendre les enfants :
Nom..... Prénom.....
Tél :/..... GSM..... Lien de parenté ou autre :.....

Nom Prénom.....
Tél ;/..... GSM..... Lien de parenté ou autre :.....

La personne qui exerce l'autorité parentale légale de l'enfant autorise la prise de photos de l'enfant ainsi que leur publication (°).

En cas d'intervention urgente, j'autorise l'Administration communale de Braine-l'Alleud à prendre toutes les dispositions médicales ou chirurgicales que nécessiterait l'état de santé de l'enfant.

L'Administration communale ne peut être rendue responsable en cas de modification non signalée par écrit du présent document.

L'inscription d'un enfant à l'école de devoirs **doit impérativement être formulée par la personne responsable de l'enfant.**

J'ai lu le règlement de l'école de devoirs et le joins signé et daté à la présente.

(°) Le refus éventuel de cette mesure sera notifié exclusivement par écrit à l'attention du Député-Bourgmestre, Avenue du 21 Juillet, 1 à 1420 Braine-l'Alleud.

(1) Biffer les mentions inutiles.

Signature précédée de la date – Nom – Prénom et de la mention « Lu et approuvé ».