

Accueil extrascolaire communal

FICHE INDIVIDUELLE DE SANTE

(la confidentialité des données médicales et familiales sera respectée)

- * **Lieu d'accueil :** coller ici une vignette mutuelle
- * **Ecole fréquentée :**
- * **Identité :**

Nom..... Prénom.....

Date de naissance :

Adresse :

Tél :/.....

Adresse Mail :@.....

* **Personnes à prévenir en cas de nécessité :**

Nom..... Prénom..... Lien de parenté.....

Tél : privé/..... bureau GSM.....

Nom..... Prénom..... Lien de parenté.....

Tél : privé/..... bureau GSM.....

* **Fiscalement, l'enfant est à charge de :**

Nom..... Prénom

Adresse

* **Médecin traitant :**

Nom :

Tél et/ou GSM

DONNEES MEDICALES :

* Vaccinations contre le tétanos : dates :rappel(s).....

L'enfant a-t-il reçu un sérum antitétanique ?

Non - Oui : date :

*Maladies, opérations, accidents (précisez les dates) :

.....

* L'enfant est-il atteint de diabète – asthme – affections cardiaques, cutanées, rhumatisme-
épilepsie – incontinence (à entourer)

autres :

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, se conformer au règlement signé.

* L'enfant est-il allergique ou particulièrement sensible

- à certains aliments ? Oui – Non Lesquels ?.....
- à certains médicaments ? (dont aspirine – perdolan) Oui – Non Lesquels ?.....
- aux piqûres d'insectes ? Oui - Non Lesquels ?.....
- désinfectant, sparadrap,... ? Oui - Non Lesquels ?.....
- autres : Oui - Non 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 ?.....

- Peut-il participer sans inconvénients aux activités proposées (y compris baignades) ? Oui - Non
- Sait-il nager ? Oui - Non - Porte-t-il des drains dans les oreilles ? Oui - Non

* L'enfant porte-t-il des lunettes ? Oui - Non 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 (à entourer)

Autres :

* Caractéristique(s) familiale(s) particulière(s) que vous souhaitez nous transmettre :

* Personnes autorisées par les parents à reprendre les enfants :

Nom..... Prénom.....

Tél :/..... GSM.....

Nom Prénom.....

Tél :/..... GSM.....

* En cas d'intervention urgente, le père et/ou la mère ou le tuteur autorise(nt) – n'autorise(nt) pas la commune de Braine-l'Alleud à prendre toutes les dispositions d'ordre médical ou chirurgical que nécessiterait l'état de santé de l'enfant (à compléter).

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

Signature précédée de la date, du nom + prénom et de la mention « Lu et approuvé »