

*Veillez, s'il
vous plaît,
ajouter une
photo. Merci.*

**PLAINES DE VACANCES DE LA VILLE DE MONS : CUESMES GHLIN HAVRÉ
DU LUNDI 05/07/2021 AU VENDREDI 30/07/2021 INCLUS** (sauf week-end et jours fériés)

FICHE DE SANTÉ

Toute fiche d'inscription (formulaire en ligne) et fiche de santé non complétées engendreront un refus d'inscription de votre enfant

CES INFORMATIONS SERONT UTILISEES POUR LE SUIVI JOURNALIER DE VOTRE ENFANT ET SONT RESERVEES A UNE UTILISATION INTERNE PAR LE PERSONNEL DU CENTRE ET LE CAS ECHEANT PAR LES PRESTATAIRES DE SANTE CONSULTES.

Droit à l'image : J'autorise Je ne l'autorise pas par la présente, à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités du centre de vacances et j'accepte que ces images soient utilisées à des fins médiatiques.

NOM ET PRENOM :

COLLER ICI UNE VIGNETTE DE MUTUELLE

Santé

Nom du médecin traitant :

Adresse : **Téléphone :**

Groupe sanguin de l'enfant:

Etat de santé de l'enfant : TB - B - Moyen

.....

.....

Y-a-t'il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement du centre (ex : Problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal de transports, affections cutanées, maux de tête, constipation, etc.)

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

Veillez préciser la fréquence, la gravité et les actions à mettre en place pour les éviter et/ou y réagir :

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

A-t-il/elle subi des maladies ou des interventions médicales graves ? OUI - NON

Si oui, quelle année et lesquelles :

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

Le participant est-il vacciné contre le tétanos OUI - NON (Date 1^{ère} injection : Date dernier rappel :)

Le participant est-il allergique ?

- à certaines substances :
- à certains médicaments :
- à certains aliments :
- autres :

Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?

.....
.....

Le participant suit un régime alimentaire ? OUI - NON

Si oui, lequel ? Spécifiez

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

Y-a-t-il des aliments qui lui sont contre-indiqués ? OUI - NON

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Le participant prend des médicaments ? OUI - NON

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Pour toute médication, il est obligatoire de fournir une prescription médicale. Le personnel du centre ne pourra administrer les médicaments que sur base d'une prescription médicale (modèle en page 6 de cette fiche).

Pour optimaliser l'encadrement de votre enfant, autres renseignements concernant le participant que vous jugez importants :

.....
.....

Lieux de vie du participant

Lieu(x) de vie de l'enfant ? Famille/Institution/Grands-parents/ Autres :

Type d'enseignement suivi : maternel primaire spécialisé Année scolaire :

Nom de l'école fréquentée par l'enfant :

A-t-il/elle des frères et sœurs ? OUI - NON Si oui, combien ?

Quelle est sa langue usuelle ?

Loisirs - activités - sports

Quels sont les loisirs préférés du participant :

.....
.....

Quels sont les loisirs que le participant n'aime pas :

.....
.....

Y-a-t-il des activités/sports que le participants ne peut pas pratiquer :

Pour quelles raisons ?

4

.....
Peut-il pratiquer la natation ? (*Piscine proposée aux enfants à partir de 6 ans*) OUI - NON

Sait-il nager ? TB - B - Moyen - Difficilement - Pas du tout

A-t-il peur de l'eau ? OUI - NON

A-t-il déjà participé à un centre de vacances (ordinaire ou adapté) ? OUI- NON

Si oui, où et quand ?

Remarques éventuelles :

TOUTE FICHE DE SANTÉ INSUFFISAMMENT OU INCORRECTEMENT COMPLÉTÉE, DÉGAGERA LA RESPONSABILITE DU POUVOIR ORGANISATEUR EN CAS DE PROBLÈME DÛ À CETTE LACUNE.

CONFORMEMENT AU REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES, VOS DONNEES A CARACTERE PERSONNEL COLLECTEES ICI NE SERONT UTILISEES QUE DANS LE CADRE DES FINALITES DE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE. ELLES NE SERONT EN AUCUN CAS TRANSMISES A DES TIERS. VOUS POUVEZ, A TOUT MOMENT, EXERCER VOS DROITS D'ACCES ET DE RECTIFICATION DE CES INFORMATIONS AINSI QUE DE SUPPRESSION DE DONNEES NON PERTINENTES POUR LE TRAITEMENT EN NOUS CONTACTANT.

Je marque mon accord

J'ai pris connaissance du projet d'accueil (+ annexes) : projet pédagogique et règlement d'ordre intérieur du centre de vacances et je l'accepte.

Date :/...../.....

Signature :

PLAINES DE VACANCES DE LA VILLE DE MONS :
 CUESMES GHLIN HAVRÉ

Je soussigné(e) (prénom, nom) :

Père Mère Tuteur Autre :

Autorisation parentale

autorise (prénom, nom de l'enfant) :

à participer aux activités extérieures organisées par le centre de vacances qui se dérouleront uniquement en Belgique.

Durant cette journée/période :

- Je place l'enfant 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 et en fonction de la gravité de la situation.

Prise d'iode en cas d'urgence nucléaire

Je prends connaissance que le plan d'urgence nucléaire a été actualisé, il prévoit l'administration de comprimés d'iode stable aux enfants en cas d'urgence nucléaire survenant pendant les heures d'ouverture du centre de vacances. Retrouvez la lettre d'information aux parents annexée au projet d'accueil du centre de vacances.

Fait à **Date :**/...../.....

Signature (précédé de la mention « Lu et approuvé ») :

PRESCRIPTION MEDICALE

A compléter par le médecin si l'enfant doit prendre un médicament

Prénom et nom du participant :

Adresse :

Téléphone :

PRESCRIPTION MEDICALE

Je soussigné/e..... Docteur en médecine,

Atteste que (nom prénom du participant)

a besoin de prendre les médicaments mentionnés ci-dessous durant l'activité suivante

.....

Qui se déroulera du/...../21..... au/...../21..... à(localité)

Nom du médicament :Principe actif :

Mode d'administration :Dosage :

Fréquence :Durée du traitement :

Nom du médicament :Principe actif :

Mode d'administration :Dosage :

Fréquence :Durée du traitement :

Nom du médicament :Principe actif :

Mode d'administration :Dosage :

Fréquence :Durée du traitement :

Fait à, le/...../ 21

Cachet et signature du médecin :