

FICHE SANTE  
-CENTRE DE VACANCES-

Lieux de vie

- Où l'enfant vit-il habituellement ? **famille / institution / grands-parents** .....
- A – t – il des frères ou sœurs ? **Oui / non** Si oui, combien ? .....
- Quelle est sa langue usuelle ? .....
- Y a-t-il eu un décès récent ou un évènement important dans la famille ou l'entourage ? .....

Loisirs

- Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pratiquer ? .....
- Peut-il/elle pratiquer la natation ? **Oui/non**. Sait-il/elle nager ? **TB - B –Difficilement - Pas du tout**
- Sait-il/elle rouler à vélo ? **Oui/non**
- A-t-il déjà participé à un centre de vacances ? **Oui/non**. Si oui, où et quand ? .....

Sommeil / Repas

- Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? **Oui/non** Si oui lesquels ? .....
- A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? **Oui/non** Si oui, lesquels ? .....
- Est-il végétarien / végétalien ? **Oui/non**

Santé

- **NOM DU MEDECIN TRAITANT :** ..... et **TEL :** .....
- Etat de santé actuel de l'enfant : **TB - B - Moyen**
- Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? **Oui/non**
- **GROUPE SANGUIN :** .....

INFORMATIONS MEDICALES

- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? **Oui/non**. Si oui laquelle ? .....
- **Est-il/elle allergique ?**
- A certains produits alimentaires ? **Oui/non**. Si oui, lesquels .....
- A certains médicaments ? **Oui/non**. Si oui, lesquels .....
- Au soleil ? **Oui / non**. Si oui, quelles précautions particulières prendre ? .....
- A d'autres choses ? **Oui / non**. Si oui, à quoi ? .....
- **J'autorise l'administration de Perdolan à mon enfant s'il a une température dépassant 38.5°. OUI/NON**
- Votre fille est-elle réglée ? **oui /non**
- Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? **oui/ non**
- Si oui, le(s) quel(s) ? Quand ? Conséquences, effets secondaires ? .....
- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières ?
- Porte-t-il des lunettes ? **Oui/non**
- Porte-t-il un appareil auditif ? **Oui/non**
- Souffre-t-il/elle d'un handicap ? **Oui/non** Si oui, lequel ? .....
- A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? **Oui/non**
- Date de la 1<sup>ère</sup> injection ..... Date du dernier rappel : .....
- L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière de : diabète, maladie cardiaque, épilepsie, affection de la peau, somnambulisme, insomnie, incontinence, maladie contagieuse, asthme, sinusite, bronchite, saignements du nez, maux de tête, maux de ventre, coups de soleil, constipation, diarrhée, vomissements, mal de route, autres ... (entourez ou complétez) .....
- Si oui, quel est son traitement habituel/comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ?
- Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant la participation à un centre de vacances ? .....

*Les informations fournies dans cette « Fiche de Santé » sont réputées exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du centre à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant s'avérant nécessaire (opération, traitement médical ...).*

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur, ...) : .....  
Date et signature du parent ou du responsable