



Les ateliers du mercredi

## LES ATELIERS DU MERCREDI – FICHE SANTE

Nom et prénom du participant : .....

Date de naissance : ..... Nombre de frères : ..... Nombre de sœurs : .....

Adresse : .....

### Personne à contacter en cas de nécessité :

NOM : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone.....

NOM : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone.....

NOM : ..... Lien de parenté : ..... Téléphone.....

L'enfant vit-il avec ses parents, dans un home (1) ou autre ? : .....

En cas de séparation des parents, qui est le représentant légal de l'enfant ? .....

Y a-t-il eu des évènements récents qui expliqueraient un comportement particulier de votre enfant : oui – non

.....

### DONNEES MEDICALES

Nom et n° de téléphone du médecin traitant : .....

Maladies antérieures ou opérations subies (+date) : .....

.....

.....

Groupe sanguin : .....

Est-il atteint (à entourer) de : asthme, diabète, affection cardiaque, épilepsie, affection cutanée, rhumatisme, somnambulisme ou autre : .....

A-t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI NON

si oui, en quelle année ? : .....

L'enfant est-il allergique ou sensible à certaines substances, aliments ou médicaments ?

Si oui, lesquelles ?.....

Est-il vite fatigué ? OUI NON .....

Est-il sensible aux refroidissements ? OUI NON .....

Est-il sujet (à entourer) aux maux de tête, saignements de nez ou autre ? .....

Peut-il participer sans inconvénient à des activités sportives et aux jeux adaptés à son âge ?

OUI NON .....

L'enfant doit-il prendre des médicaments en cours de l'accueil ? OUI NON

Si oui, lesquels et en quelle quantité : .....

Date du dernier examen médical scolaire ? : .....

Y a-t-il des remarques concernant la participation aux ateliers du mercredi ? OUI NON

Si oui, lesquelles ? .....

Autres renseignements utiles : .....

**Remarque importante concernant l'usage des médicaments :**

Les animatrices disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient : du désinfectant, une pommade anti-inflammatoire, une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûres d'insectes.

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant l'accueil de mon enfant par les animatrices ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant ».

En cas d'urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur accord. « Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs et, le cas échéant, par les prestataires de soins consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment ».

**Date et signature de la personne responsable de l'enfant :**

.....

(1) Biffer les mentions inutiles