

Fiche Santé enfant

PRENOM et NOM de l'enfant :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

Téléphone :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom Lien de parenté Tél

Nom Lien de parenté Tél

Nom Lien de parenté Tél

Nom et n° de téléphone de votre médecin de famille :

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) d'une quelconque maladie : **Oui – Non**

Diabète - Maladie cardiaque – Epilepsie - Affection de la peau – Incontinence – Asthme – Sinusite -
Saignements de nez - Maux de tête - Maux de ventre – Constipation – Diarrhée – Vomissements

Autre : (précisez)

Etat de santé actuel de l'enfant : TB / B / Moyen

A-t-il subi une maladie ou intervention grave ? Oui Non

Si oui, quand et laquelle ?

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

Si oui, lesquels ?

Quelles en sont les conséquences ?

Devra-t-il prendre des médicaments pendant l'activité ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi ?

Attention ! Aucun médicament ne sera administré sans une posologie claire et signée par le médecin traitant !

Souffre-t-il d'un handicap ? Oui Non Si oui, lequel ?

Le participant peut-il participer à TOUTES les activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation...)

Raisons d'une éventuelle non-participation :

Fait-il la sieste l'après-midi ? Oui Non

Porte-t-il un lange ? Oui Non Si oui, toute la journée OU uniquement pour la sieste

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

A-t-il peur de l'eau ? Oui Non

Sait-il rouler à vélo ? Oui Non

Est-ce sa première participation à une activité / garderie ? Oui Non

Y a-t-il d'autres remarques utiles à formuler concernant sa participation aux activités ?

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur...) :

Date de signature :

Signature des parents ou du responsable :

Ce document est à remettre impérativement au responsable ou à l'animateur dès le premier jour

!!! Joindre une copie du carnet de vaccinations !!!