



## FICHE SANTE – OBLIGATOIRE

**Cette fiche est obligatoire, à remplir et à nous rendre lors de la permanence.**

*Il est indispensable pour les moniteurs en charge de votre enfant de pouvoir vous joindre en cours de journée en cas besoin (enfant malade ou blessé).*

**L'enfant participant :**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Adresse : .....  
Mail d'un parent/responsable : .....  
Nom du médecin traitant : ..... + Tél : .....

**Coordonnées : Personne(s) à contacter en cas d'urgence pendant le stage ? (Dans l'ordre d'appel)**

1. Nom : ..... Tél : .....  
Lien de parenté : .....  
2. Nom : ..... Tél : .....  
Lien de parenté : .....  
3. Nom : ..... Tél : .....  
Lien de parenté : .....

**Santé :**

Groupe sanguin (non obligatoire) : .....  
Votre enfant est-il allergique ? .....  
Souffre-t-il d'un handicap ? Si oui lequel ? .....  
Votre enfant est-il vacciné contre le tétanos ? Date de vaccination ? .....  
Remarques éventuelles concernant la santé de votre enfant (entorse récente, asthme, fracture, variation de tension, diabète, ...) : .....  
Autres renseignements que vous jugez important de signaler pour le bon déroulement des activités : .....

En cas de traitement médical en cours, le participant doit disposer des médicaments nécessaires pour toute la durée du stage, ils doivent être confiés au responsable avec toutes les indications utiles (nom du médicament, dose, et durée du traitement). **Une prescription médicale est indispensable.**

Selon le cas, le parent signataire prend conscience que la structure d'accueil ne dispose pas de personnel infirmier pour l'administration de médicaments. Nous disposons 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 soins suivants et ce, à bon escient : désinfecter une plaie légère, appliquer une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insecte. 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.

**Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant le stage de mon enfant par les responsables de l'accueil ou par le service médical qui y est associé et je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques payés par l'ASBL.**

**J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale.**

**Je déclare sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et sincères.**

Nom et prénom de la personne responsable : .....

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

Signature :