Fiche individuelle de santé

Avis aux parents : ce questionnaire doit être complété avec précision par vous-même ou par un médecin. Il est nécessaire de nous donner ces renseignements si vous voulez que votre enfant retire le maximum de profit de son stage. Ils nous permettront d’organiser son régime de vie en fonction de ses besoins et de ses possibilités.

**Il vous faut aussi joindre la carte européenne d’assurance maladie**

***Stage 2019***

**Identité de l’enfant :**

**Nom : .. Prénom : …………………………………………..**

**Date de naissance : ……………………………....**

**Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….…..**

**Personne à prévenir en cas de nécessité :**

* **Nom : ………………………………………………………………………………………………………...**
* **Adresse : ………………………………………………………………………………………………………...**
* **Tel /Gsm : …………………………………………………………………………………………………………**

**Données médicales :**

**Nom et téléphone du médecin traitant :…………………………………………………………………**

**Maladies antérieures de l’enfant ou opérations subies : ………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**Est-il atteint de diabète – affection cardiaque – épilepsie – rhumatisme – affection cutanée – somnambulisme (1) : ……………………………………………………………………………………………......**

**Date du dernier test à la tuberculine et résultat : …………………………………………..**

 **Si test positif, depuis quand ? ……………………………....**

**A-t-il été vacciné contre le tétanos : oui – non**

* **En quelle année : …………………………………………**
* **Rappel (2) : …………………………………………**

**L’enfant est-il allergique ou particulièrement sensible :**

* **À des médicaments ? Oui – non. Si oui, lesquels ? …………………………………………………….……**
* **À certaines matières ou aliments ? Oui – non. Si oui, lesquels ? ………………………………………………………………………………………………………………………..…**

**Est-il incontinent ? Oui – Non ? Souvent ?**

**Est-il vite fatigué ? Oui – Non ?**

**Est-il sensible aux refroidissements ? ………………………………………………………………**

**Peut-il participer sans inconvénients à des activités sportives y compris baignades et jeux adaptés à son âge ? Oui – Non.**

**L’enfant doit-il prendre des médicaments en cours de séjour ? Oui – non.**

 **Si oui, lesquels et à quelle dose, à quelle fréquence ? ……………………………………………………….**

* **………………………………………………………………………………………………………………………..…**

**Est-il incontinent ? Oui – Non ? Souvent ?**

* **………………………………………………………………………………………………………………………..…**

**Votre fille est-elle réglée ?................ Des observations à ce sujet ? …………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**Examen médical scolaire : date et résultat du dernier examen : ………………………………………….**

* **Y avait-il des remarques concernant la participation à des centres de vacances ? Oui-Non**

**Si oui, pouvez- vous préciser /**

* **…………………………………………………………………………………………………………..……………………..…**
* **……………………………………………………………………………………………………………………..…………..…**

**Autorisation parentale en cas d’urgence**

**Je soussigné, parent de …………………………………………………………………… donne par la présente au médecin contacté par le responsable du stage, après que ce dernier ait tenté de me contacter, l’autorisation d’intervenir en cas d’urgence et d’administrer les soins utiles, y compris l’anesthésie et l’opération d’urgence, à ma fille/ mon fils.**

 **Date : ……………………………………………………….**

 **Signature : ……………………………………………………….**

1. **Si vous estimez ces renseignements trop confidentiels pour être transmis au responsable du**

**stage ou à la personne chargée des soins, vous pouvez les donner sous enveloppe fermée en y précisant cette caractéristique. Cette enveloppe ne sera alors remise qu’au médecin qui devrait être appelé sur place ou à l’infirmière du centre tenue au secret professionnel.**

1. **Si votre enfant n’a pas reçu un rappel ou n’a pas été vacciné endéans les 5 ans, il est nécessaire que, selon le cas, il soit vacciné ou reçoive un rappel et ce avant le stage.**