

# FICHE SANTE - ENFANT & ADOLESCENT

SAISON 2020 - 2021



À COMPLETER LISIBLEMENT PAR LES PARENTS (ou par un médecin, si nécessaire)

> Conformément à notre politique de confidentialité, ces données sont purement confidentielles et seront conservées pendant une durée de 6 mois à dater de la fin de l'année d'inscription.

## Identité de l'enfant :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de n. \_\_\_\_\_

## Identité de la personne à contacter en cas d'urgence :

père,  mère,  tuteur,  répondant,

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

## Identité du médecin traitant :

Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

## Données médicales

Groupe sanguin de l'enfant \_\_\_\_\_

L'enfant est-il en ordre de vaccination contre le tétanos ? **OUI / NON**

→ S'il n'est pas en ordre, pensez à faire le nécessaire.

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de:

(Cocher les cases)

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Diabète             | <input type="radio"/> Maux de ventre | <input type="radio"/> Allergie/s : _____ |
| <input type="radio"/> Asthme              | <input type="radio"/> Bronchite      | <input type="radio"/> Sinusite           |
| <input type="radio"/> Affection cardiaque | <input type="radio"/> Epilepsie      | <input type="radio"/> Affection cutanée  |
| <input type="radio"/> Saignement de nez   | <input type="radio"/> Vomissement    | <input type="radio"/> Maux de tête       |

Autres : .....

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

-----  
-----

L'enfant est-il allergique (ou sensible) à certains médicaments ? **OUI / NON**

Si **OUI**, lesquels ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant souffre-t-il d'un handicap particulier ? **OUI / NON**

Si **OUI**, lequel ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y a-t-il d'autres remarques concernant la santé de votre enfant qui seraient utiles aux animateurs qui le prennent en charge ? **OUI / NON**

Si **OUI**, lesquelles ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Les informations fournies dans cette « fiche santé » sont exactes et complètes.
- La Bull' ne sera nullement incriminée 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/personne « d'urgence », ceux-ci autorisent l'animateur responsable de l'atelier à prendre toutes mesures médicales concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires.

Date \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_