

Fiche santé enfant

Identité de l'enfant

Nom :.....
Prénom :.....
Numéro national :.....
Ecole :.....

Identité du /des parent(s)

Nom/Prénom :.....
Adresse :.....
E-mail :.....
Tél/GSM :.....
Numéro de registre national :.....

.....
Nom/Prénom :.....
Adresse :.....
E-mail :.....
Tél/GSM :.....
Numéro de registre national :.....

Docteur :
Adresse et numéro de téléphone :.....
.....

Nom de votre mutualité :

Groupe sanguin : AB+ ☐ AB- ☐ A+ ☐ A- ☐
 B+ ☐ B- ☐ O+ ☐ O- ☐

Tétanos :

L'enfant a-t'il été vacciné contre le tétanos : Non ☐ Oui ☐

Date du premier vaccin contre le tétanos :

Date du dernier vaccin contre le tétanos :

Objets :

Lunettes : Non ☐ Oui ☐

Appareil auditif : Non ☐ Oui ☐

Doudou ou tutute : Non ☐ Oui ☐

Handicap : Non ☐ Oui ☐

.....
.....

Régime alimentaire : Non ☐ Oui ☐

.....
.....

Poids (facultatif) :

Social/Physique :

Autoriser à reprendre l'enfant :

1. Nom/Prénom :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Lien de parenté :
2. Nom/Prénom :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Lien de parenté :
3. Nom/Prénom :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Lien de parenté :

Interdiction à ces personnes (avec un jugement) :

1. Nom/Prénom :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Lien de parenté :
2. Nom/Prénom :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Lien de parenté :
3. Nom/Prénom :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Lien de parenté :

Activités non praticables : Non ☐ Oui ☐

.....
.....

Allergies : Non ☐ Oui ☐

Traitement :

Maladies : Non ☐ Oui ☐

L'enfant souffre de :

Gravité :

Traitement :

Intervention grave : Non ☐ Oui ☐

.....
.....

Médicaments : Non ☐ Oui ☐

Nom :

Quantité :

Quand :

Automédication : Non ☐ Oui ☐

.....
.....

Vaccins :

.....
.....
.....
.....
.....

Divers :

Réseaux sociaux :

1. Les photos peuvent-elles être publiées sur les réseaux sociaux ? Non ☐ Oui ☐
2. L'enfant peut être pris en photo pendant les plaines ? Non ☐ Oui ☐
3. L'enfant peut être pris en photo en général dans l'école ? Non ☐ Oui ☐

Arnica (crème contre les coups) : Non ☐ Oui ☐

Sieste : Non ☐ Oui ☐

- ☐ Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité: paracétamol, désinfectant, pommade réparatrice (brûlure) et calmante (piqûre d'insectes)
- ☐ Au cas où son état de santé réclamerait une décision urgente et/ou vitale et à défaut de pouvoir être contacté(e) personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou chirurgien sur place de poser tout acte indispensable et en mesure avec la gravité de la situation.

Pensez à contrôler régulièrement les cheveux de votre enfant concernant l'apparition éventuelle de lentes ou de poux. Nous comptons sur votre amabilité pour prévenir les animateurs(trices) le cas échéant.

Commentaires :

.....

.....

.....

- ☐ Je confirme avoir pris connaissance et adhère au Règlement d'Ordre Intérieur ainsi qu'au projet pédagogique de l'accueil extrascolaire et des plaines de vacances communaux (disponible sur la page d'accueil du Portail Parent).

Fait à Ferrières le :

Signature du parent :