

FICHE MEDICALE DE L'ELEVE

Ecole fondamentale spécialisée mixte Clerfayt
Rue de Clerfayt, 104 – 7131 Waudrez – Tél. : 064/33.33.41 –
GSM : 0497/89.49.05

Collez ici **partiellement** deux vignettes
de mutuelle de votre enfant

INDISPENSABLE



PARTICIPANT

Ecole : _____

A _____ Dates du séjour : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom du chef de famille : _____

Adresse : _____

Téléphone privé : _____ Téléphone travail : _____

LIEU DE VIE

Où l'enfant vit-il habituellement ?

Famille – Institution – Grand-parents ⁽¹⁾

1. Nom : _____ Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

2. Nom : _____ Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Type d'enseignement suivi : _____ Année scolaire : _____

A-t-il des frères et sœurs ? OUI / NON ⁽¹⁾ Si oui, combien : _____

LOISIRS

Quels sont ses loisirs favoris ? _____

A-t-il des activités, sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer ? _____

Peut- il/elle pratiquer la natation ? _____

Sait-il nager ? **TRES BIEN - BIEN – MOYEN - DIFFICILEMENT - PAS DU TOUT** ⁽¹⁾

A-t-il/elle déjà participé ? • A un séjour ? OUI / NON ⁽¹⁾

Si oui, où et quand ? _____

• A un camp d'une autre organisation ? OUI / NON ⁽¹⁾

Si oui, laquelle ? _____

(1) Biffer les mentions inutiles

SOMMEIL - REPAS

A-t-il/elle une habitude particulière avant le coucher ou pendant la nuit ? _____

Faut-il le/la réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ? _____

Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? **OUI / NON** ⁽¹⁾ Si oui, lesquels ? _____

A-t-il/elle un régime alimentaire particulier à suivre ? _____

SANTÉ

Nom de son médecin traitant : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Est-il/elle soigné(e) par homéopathie ? **OUI / NON** ⁽¹⁾

Quel est son état de santé actuel ? **TRES BON – BON – MOYEN** ⁽¹⁾

Votre fille est-elle déjà réglée ? **OUI / NON** ⁽¹⁾

Votre enfant se lave-t-il tout seul ? **OUI / NON** ⁽¹⁾

SOUFFRE-IL/ELLE REGULIEREMENT OU DE MANIERE PERMANENTE DE

	OUI	NON	SI OUI, QUEL EST SON TRAITEMENT HABITUEL – COMMENT REAGIR ?
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Incontinence / énurésie			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de route ou de mer			
Autres			

A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? **OUI / NON** ⁽¹⁾

Si oui, quand et laquelle ? _____

EST-IL/ELLE ALLERGIQUE :

A certains produits alimentaires ? **OUI / NON** ⁽¹⁾ Si oui, lesquels ? _____

A certains médicaments ? **OUI / NON** ⁽¹⁾ Si oui, lesquels ? (nom précis) _____

Au soleil ? **OUI / NON** ⁽¹⁾ Si oui, quelles précautions prendre ? _____

A d'autres choses ? **OUI / NON** ⁽¹⁾ A quoi ? _____

Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant le séjour ? **OUI / NON** ⁽¹⁾

Si oui, lesquels, quand et pourquoi ? _____

A-T-IL/ELLE DES DIFFICULTES SENSORIELLES PARTICULIERES :

Porte-t-il/elle des lunettes ? **OUI / NON** ⁽¹⁾ Porte-t-il/elle un appareil auditif ? **OUI / NON** ⁽¹⁾

Autres ? _____

Est-il/elle vacciné contre les tétanos ? **OUI / NON** ⁽¹⁾ Date de la 1^{ère} injection :

1^{er} rappel : _____

2^e rappel : _____

A REMPLIR PAR LE CHEF DE FAMILLE

Je soussigné : _____ **parent – tuteur légal** ⁽¹⁾

autorise : (Nom, prénoms) _____ à partir

au séjour de dépaysement (date) du _____ au _____

LES INFORMATIONS FOURNIES DANS CETTE « FICHE SANTE » SONT REPUTEES EXACTES ET COMPLETES.

Je soussigné donne procuration au responsable pour prendre en mon nom, s'il n'a pu me contacter, les mesures médicales qui s'avèreraient nécessaires.

Nom et prénoms du signataire : _____

Fonction : _____ **parents – tuteurs légaux** ⁽¹⁾

Date et signature : _____