

### **Les petites Bouilles asbl –**

### **Fiche santé 2022 - 2023**

A rendre à la responsable du projet d’accueil

**Nom de l’enfant : ……………………………………… Prénom : ……………………………………………**

Date de naissance : ………. / ……….. / …………..

Nom du chef de famille : ……………………………………………………………………………………………..

Rue, n°, Bte : .………………………………………………………………………………………………………………….

Code Postal, localité : ……………………………………………………………………………………………………

**1ère Personne de contact en cas d’urgence :……………………………………………………..**

**Tél : …………………………………………………… Lien de parenté :.………………………………….…**

**2e Personne de contact en cas d’urgence :………………………………………………………..**

**Tél : …………………………………………………… Lien de parenté :.………………………………….…**

**3e Personne de contact en cas d’urgence :………………………………………………………..**

**Tél : …………………………………………………… Lien de parenté :.………………………………….…**

**SANTE**

**Nom et n° de tél. du médecin traitant :**

……………………………………………..…………………………………………………………………………………………….

Etat de santé de votre enfant : TRES BIEN / BIEN / MOYEN

Quel est son groupe sanguin ?….………………………………………………………………………………….

**INFORMATIONS MEDICALES**

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l’activité ? (Ex : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental, interventions médicales, …)

Indiquer la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour y réagir.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Est-il/elle vacciné contre le tétanos ? OUI / NON en quelle année ? ………………………

**Est-il/elle allergique ? OUI / NON**

Votre enfant est-il/elle allergique ou intolérant à certaines substances, aliments ou médicaments ? OUI / NON

Si oui, lesquels ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Quelles en sont les conséquences ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Autres renseignements que vous jugez importants de signaler (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Votre enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :**

Doit-il/elle prendre des médicaments ? OUI / NON

Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi ?……………………………………………………………………..

**LOISIRS**

Votre enfant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation)

……………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………….

Raison d’une éventuelle non-participation :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Sait-il nager ? TRES BIEN / BIEN / MOYEN / DIFFICILEMENT / PAS DU TOUT

*Date et signature*