



# REGION DE BRUXELLES-CAPITALE COMMUNE DE WATERMAEL-BOITSFORT

Place Antoine Gilson 1 - 1170 Bruxelles - Tel : 02.674.74.11 - fax : 02.672.52.19  
www.watermael-boitsfort.be n° d'entreprise : 0207.372.637

## FICHE SANTE - PLAINES DE VACANCES 2018

### Participant

NOM : ..... PRENOM : ..... Sexe : F- M Date naissance : .....

ADRESSE : .....

GRUPE : MESANGES / SAPINIERE / CEDRES 6-8 ans / CEDRES 9-12 ans (entourez)

### A contacter en cas d'urgence :

NOM + parenté : ..... Tél./GSM : .....

NOM + parenté : ..... Tél./GSM : .....

### Personnes autorisées à reprendre l'enfant (si différentes que ci-dessus) :

NOM + parenté : ..... Tél./GSM : .....

NOM + parenté : ..... Tél./GSM : .....

NOM + parenté : ..... Tél./GSM : .....

Autre : à signaler le matin au responsable du centre (avec une autorisation écrite)

L'enfant est autorisé à rentrer seul à la fin des activités : OUI / NON

### Renseignements divers

- Où l'enfant vit-il habituellement ? famille / institution / grands-parents / .....
- A-t-il des frères ou sœurs ? oui / non - Si oui, combien ? .....
- Quelle est sa langue usuelle ? .....
- Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer ? .....
- Peut-il/elle pratiquer la natation ? oui / non - Sait-il/elle nager ? TB / B / Moyen / Difficile / Pas du tout
- Fait-il/elle la sieste ? oui / non - Si oui, avec : doudou / tute / autre à préciser .....

### INFORMATIONS MEDICALES

- NOM DU MEDECIN TRAITANT : ..... TEL : .....
- GROUPE SANGUIN : .....
- A-t-il/elle subi une maladie ou intervention grave ? oui / non - Si oui, laquelle ? .....
- Est-il/elle allergique :
  - à certains produits alimentaires ? oui / non - Si oui, lesquels ? .....
  - au soleil ? oui / non - Si oui, quelles précautions particulières prendre ? .....
  - à d'autres choses ? oui / non - Si oui, à quoi ? .....
- Votre fille est-elle réglée ? oui / non
- Devra-t-il/elle prendre des médicaments pendant les heures aux plaines de vacances ? oui / non  
Si oui, le(s)quel(s) ? Quand ? Conséquences / effets secondaires ? .....
- A-t-il/elle des difficultés sensorielles particulières :
  - porte-t-il/elle des lunettes ? oui / non
  - porte-t-il/elle un appareil auditif ? oui / non
- Souffre-t-il/elle d'un handicap ? oui / non - Si oui, lequel ? .....
- A-t-il/elle été vacciné(e) contre le tétanos ? oui / non  
Date de la 1<sup>ère</sup> injection : ..... - Date du dernier rappel : .....
- L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de : diabète, maladie cardiaque, épilepsie, affection de la peau, incontinence, maladie contagieuse, asthme, sinusite, bronchite, saignements du nez, maux de tête, maux de ventre, constipation, diarrhée, vomissements, mal de route, autres ... (entourez ou complétez). Si oui, quel est son traitement habituel ? .....
- AUTRES REMARQUES UTILES concernant la participation aux plaines de vacances :  
.....  
.....

*En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du centre à prendre les dispositions adéquates (premiers soins sur place ou transport en taxi ou en ambulance à l'hôpital d'Ixelles).*

Nom du signataire et parenté : .....

Date et signature : .....