

A transmettre au siège Social de Horizons Jeunesse dans les meilleurs délais et au plus tard deux semaines avant le départ.

FICHE MEDICALE

A compléter scrupuleusement par les parents ou le médecin

CENTRE DE VACANCES

Age de l'enfant

En cas d'urgence :

Père (Nom et Prénom) :

Tél :

Mère (Nom et Prénom) :

Tél :

Autre personne à contacter :

Tél :

Nom du médecin traitant :

Tél :

Conditions de vie de l'enfant

° L'enfant vit-il en famille ou en institution ? (barrer la mention inutile)

° L'enfant est-il dans l'enseignement normal ou spécial ? (barrer la mention inutile)

° L'enfant afrère(s) etsoeur(s)

° Y a-t-il des sports que votre enfant ne peut pas pratiquer ?

Oui Non

° Si oui, lesquels ?

° Sait-il rouler à vélo ?

Oui Non

° Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

° Votre enfant sait-il nager

Oui Non

° Votre enfant est-il autorisé à fumer

Oui Non

Santé de l'enfant

° comment qualifieriez-vous l'état actuel de votre enfant ?

Très bon Bon Moyen Fragile

° Groupe sanguin :

° Poids : Taille :

° Votre enfant est-il soigné par homéopathie ?

Oui Non

° Votre enfant présente-t-il des allergies ?

Oui Non

Si oui, précisez l'agent responsable et les conditions à prendre :

° Votre enfant a-t-il eu une ou plusieurs maladie(s) grave(s)

Oui Non

Si oui, quand et lesquelles ?

° Votre enfant a-t-il déjà été opéré ?

Oui Non

Si oui, quand et pour quelle(s) raison(s) ?

° Votre enfant souffre-t-il de maladie nerveuse ou troubles du comportement ?

Oui Non

Si oui, lesquels et quelle est l'attitude à adopter ?

Rappeler le nom et le prénom de l'enfant.....

	Date de la vaccination du ou dernier rappel
Poliomyélite Diphthérie- Tétanos-Coqueluche Haemophilus influenzae Rougeole-Rubéole- Oreillons Hépatite B Méningite de type C Tuberculose (BCG) Pneumocoque Autre à préciser :.....	

° Votre enfant souffre-t-il de :

<u>MALADIE</u>	<u>OUI</u>	<u>NON</u>	<u>Si oui, quel est son traitement habituel ? Quelles sont les précautions à prendre ?</u>
Diabète			
Epilepsie			
Affection de la peau (à préciser)			
Somnanbulisme			
Insomnie			
Incontinence			
Maladie contagieuse (à préciser)			
Asthme			
Affection respiratoire chronique (à préciser)			
Saignement de nez			
Maux de tête fréquents			
Constipation			
Diarrhée			

Vomissement			
Maux des transports			
Autres			

Si votre enfant doit recevoir un traitement durant le séjour, merci de transmettre par écrit, le nom du médicament, la fréquence et la posologie. Ce document est à remettre au responsable lors du départ.

NOTES IMPORTANTES POUR LES PARENTS.

Par leur signature ci-dessous, les parents :

1. reconnaissent avoir pris connaissance de ce que l'a.s.b.l. HORIZONS JEUNESSE a pris des dispositions pour assurer la couverture des risques "responsabilité civile" lui incombant.

2. autorisent, en cas d'urgence et dans l'éventualité où ils ne pourraient pas être contactés dans les délais requis, le chirurgien de l'établissement dans lequel l'enfant a été admis, à pratiquer sous narcose l'opération qu'il jugerait INDISPENSABLE (par exemple appendicite aiguë).

3. si la présente fiche n'est pas complètement remplie, ou si la signature des parents manque, la direction du centre est autorisée à prendre les mesures d'urgence qui s'imposent pour la sauvegarde de la santé de l'enfant.

4. J'atteste que mon fils/fille ne présente pas une maladie importante ou un handicap nécessitant un traitement particulier.

Veillez joindre quelques vignettes pharmaceutiques.

Nom du/des signataire(s) et lien de parenté :

Date :

Signature(s) :