

FICHE INDIVIDUELLE DE SANTE



Athénée Royal Uccle 1

1. IDENTITE DE L'ENFANT :

NOM :Prénom :

Date de naissance : classe :

2. PERSONNE(mère) À PREVENIR EN CAS DE NECESSITE

NOM :Prénom :
 Adresse : n°
 Code postal : Localité :
 Téléphone : GSM :

3. PERSONNE(père) À PREVENIR EN CAS DE NECESSITE

NOM :Prénom :
 Adresse : n°
 Code postal : Localité :
 Téléphone : GSM :

4. MEDECIN TRAITANT

NOM :Prénom :
 Adresse : n°
 Code postal : Localité :
 Téléphone : GSM :

5. GROUPE SANGUIN : RHESUS :

6. DONNEES MEDICALES :

Votre enfant est sujet à :

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Urticaire | <input type="checkbox"/> Asthme, | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Affection cutanée |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Affection cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Incontinence | <input type="checkbox"/> Jaunisse | <input type="checkbox"/> Somnambule |

Autres :

Votre enfant est "Allergique" :

À des médicaments ? **oui – non** Lesquels ?

À certaines matières ? **oui – non** Lesquels ?

À des animaux ? **oui – non** Lesquels?

À des insectes ? **oui – non** Lesquels ?

À (autres) :

Opérations subies :

Fractures : si oui,
la(les)quelle(s)?.....

Vaccination contre le tétanos? **oui – non**

En quelle année ?

Rappel ?.....

**Si votre enfant n'a pas reçu de rappel ou n'a pas été vacciné
endéans les 5 ans, il est préférable que selon le cas, il soit vacciné ou
reçoive un rappel et ce avant le séjour !!**

REGIME ALIMENTAIRE : Si votre enfant doit absolument respecter un régime
alimentaire particulier pour des raisons philosophiques , religieuses ou médicales ou pour des
raisons d'allergie(s) spécifique(s): précisez les aliments qu'il ne peut absolument pas consommer :

1/.....
.....

2/.....
.....
.....

3/.....
.....
.....

**L'enfant doit-il / peut-il: prendre des médicaments durant le séjour ? oui / non
(si oui, peut-il gérer lui-même cette médication: oui / non ?)**

et Si OUI, quel(s) médicament(s), à quelle dose et à quelle fréquence ?

.1/.....
.....
.....

.2/.....
.....
.....

.3/.....
.....
.....

Autres renseignements utiles :

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

« Autorisation médicale »

Je soussigné(e).....

père, mère , représentant légal (barrer le(s) mention(s) inutile(s))

de

autorise les organisateurs à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence qui pourraient s'imposer.

Je m'engage à rembourser, dès le retour en Belgique, **les sommes avancées par les organisateurs** (visites de médecins, médicaments, etc.) et ce, indépendamment des interventions d'assurances, sur base des documents présentés.

Fait à le **SIGNATURE:**